


# Acesso à Atenção Especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado

## Access to Specialized Care in the SUS: challenges for the implementation of care-producing regulatory devices

**Elaine Maria Giannotti<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-8221-711X>  
E-mail: emgiannotti@gmail.com

**Marilia Cristina Prado Louvison<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-1630-3463>  
E-mail: mariliacpl@usp.br

**Arthur Chioro<sup>c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342>  
E-mail: arthur.chioro@unifesp.br

<sup>a</sup> Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - São Paulo/SP/Brasil.

<sup>b</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública - São Paulo/SP/Brasil.

<sup>c</sup> UNIFESP, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva - São Paulo/SP/Brasil.

### Resumo

O artigo busca identificar e analisar os dispositivos regulatórios utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) para favorecer o cuidado em redes de atenção e o acesso equânime, em tempo oportuno, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Trata-se de um estudo qualitativo, de casos múltiplos, desenvolvido por meio de entrevistas e grupos focais com gestores, trabalhadores e usuários do SUS, realizado em dois municípios de diferentes portes da Região Metropolitana de São Paulo. Os achados são discutidos a partir de três planos de visibilidade: a complementariedade das ações de regulação do acesso da Central de Regulação (CR) com os serviços; o desafio de conciliar demanda espontânea e programática na Atenção Primária à Saúde (APS); a necessidade de uma AAE menos prescritiva e mais cuidadora. Os resultados apontam para a importância dos processos regulatórios realizados a partir dos serviços, que se aproximam das necessidades dos usuários, atuando articuladamente com as centrais de regulação. Nesse sentido, o acolhimento com escuta qualificada na APS, que contribua no conhecimento dos sujeitos e na produção do cuidado compartilhado com AAE, torna-se importante estratégia regulatória, aliada ao uso de tecnologias leves e relacionais, que aproximem os profissionais dos serviços e possibilitem a organização de linhas de cuidado.

**Palavras-chave:** Regulação em Saúde; Linhas de Cuidado; Redes de Atenção; Acesso aos Serviços de Saúde.

### Correspondência

Elaine Maria Giannotti  
E-mail: emgiannotti@gmail.com  
Rua Dr. Clóvis de Oliveira, 259, apto 22, São Paulo, SP, Brasil.  
CEP 05616-000.

## Abstract

This study sought to identify and analyze the regulatory devices used in the Brazilian Unified Health System (SUS, in the Portuguese acronym) to promote attention in care networks and equitable and timely access to specialized outpatient care (AAE, in the Portuguese acronym). This is a qualitative, multiple case study developed through interviews and focus groups with managers, workers, and users of the SUS, carried out in two municipalities of different sizes in the Metropolitan Region of São Paulo. The conclusions are discussed from three levels of visibility: the complementarity of the Regulatory Center's access regulation actions with the services; the challenge of reconciling spontaneous and programmatic demand in Primary Health Care (APS, in the acronym in Portuguese); and the need for a less prescriptive and more caring AAE. The results point to the importance of regulatory processes carried out based on services, which approach the needs of users and act in conjunction with regulatory centers. In this sense, reception with qualified listening in APS, which contributes to the knowledge of the people and the production of shared care with AAE, becomes an important regulatory strategy, combined with the use of light and relational technologies, which brings professionals closer to services and enables the organization of care lines.

**Keywords:** Health Regulation; Lines of Care; Care Networks; Access to Health Services.

## Introdução

O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo que tem sido discutido tanto por gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) como por estudiosos da Saúde Coletiva. Sabe-se que, para favorecer o acesso qualificado da população aos serviços, não basta ampliar a oferta. É imperativo que se faça uma readequação dos processos de trabalho que favoreçam a percepção das singularidades de cada usuário pelas equipes de saúde e ofereçam alternativas terapêuticas possíveis e adequadas a cada situação, incorporando dispositivos que promovam a integração dos serviços (Assis; Jesus, 2012).

A efetiva garantia da integralidade do cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços e ações integradas, organizada por meio de Linhas de Cuidado (LC), com acesso oportuno, foco nas necessidades dos usuários e uso de tecnologias leves (Malta; Merhy, 2010).

A combinação de um crônico subfinanciamento e oferta subdimensionada (Reis et al., 2016) agrava a dificuldade de acesso no âmbito do SUS, aumentando os tempos de espera para o acesso a procedimentos ambulatoriais, como consultas e exames diagnósticos.

Alguns dispositivos regulatórios têm o potencial de favorecer o acesso e promover o cuidado integral em rede, como a promoção de encontros entre as equipes, a educação permanente, a organização dos fluxos assistenciais e a implantação de protocolos de acesso, que indicam a gravidade ou grau de risco, de forma a superar a ordem cronológica como único critério para acesso às vagas (Almeida et al., 2020).

A estruturação de centrais de regulação tem sido uma aposta do SUS para a organização de fluxos assistenciais (Almeida et al., 2020), mas, aparentemente, essa estratégia não tem se mostrado suficiente para superar a fragmentação do cuidado. A institucionalização de espaços de diálogo entre a atenção básica e especializada, uso intensivo da telessaúde, como consultas com especialistas e matriciamento, podem ser caminhos a serem desenvolvidos para pensar em estratégias conjuntas para o cuidado (Freire et al., 2020; Mayeama; Calvo, 2018). O estabelecimento desses e outros canais de comunicação e cooperação entre trabalhadores

de diferentes serviços propicia ações a serem desenvolvidas coletivamente que favorecem a escuta das necessidades singulares captadas a partir do encontro dos profissionais com os usuários (Freire et al., 2020).

A partir de 2023, o Ministério da Saúde (MS) passou a atuar no sentido de mitigar o modelo vigente da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), pautado na prescrição de procedimentos e gerador de um cuidado fragmentado e de filas de espera. O Programa Mais Acesso a Especialistas (Brasil, 2024) tem como objetivo ampliar o acesso a consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos, fortalecer a integração dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) com a AAE, aprimorar a governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), fazer gestão de filas e regulação do acesso com equidade e transparência, de base regional com foco nas necessidades do usuário. Para tanto, propõe a criação do que foi denominado Oferta de Cuidados Intermediários (OCI), um conjunto de procedimentos integrados para concluir uma etapa da linha de cuidado ou para a condução de agravos específicos de rápida resolução de diagnóstico ou tratamento (Brasil, 2024).

O objetivo deste estudo é identificar e analisar os dispositivos regulatórios utilizados no SUS para favorecer o cuidado em redes de atenção e o acesso equânime e em tempo oportuno à AAE.

## Métodos

A pesquisa, de caráter qualitativo, foi conduzida por meio de um estudo de casos múltiplos, em um dos 27 territórios do município de São Paulo, chamado de Supervisão Técnica de Saúde (STS), e em um município de pequeno porte, localizado na Região Metropolitana da Grande São Paulo, definidos previamente por seus distintos portes populacionais, caracterizados no Quadro 1, aqui chamados de cenário A e B, respectivamente.

Os cenários, reconhecidos como experiências exitosas de gestão na implementação de ações de regulação do acesso e mecanismos de integração entre APS e AAE, foram escolhidos a partir da apresentação de trabalhos na “Mostra de Experiências Exitosas” no 33º e 34º Congresso de

Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, realizados em 2019 e 2021, respectivamente, e por indicação de apoiadores e gestores da direção do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP).

Para a consecução do estudo, foi realizada análise retrospectiva dos dispositivos regulatórios utilizados para favorecer uma regulação promotora de cuidados em rede, a partir de dados primários obtidos por meio de 10 entrevistas semiestruturadas e quatro grupos focais, realizados entre os meses de março a outubro de 2022. As entrevistas semiestruturadas partiram de um roteiro com a finalidade de identificar de forma abrangente as questões abordadas no campo, a partir das hipóteses decorrentes do objeto de investigação, sem o cerceamento da fala dos entrevistados (Minayo, 1993). Por meio do grupo focal, entendido como uma técnica de pesquisa qualitativa para o estudo de representações e percepções acerca de um fato, produto, serviço ou prática, buscou-se promover a interação entre os participantes e o pesquisador para coleta de informações (Iervolino; Pelicioni, 2001).

Foram entrevistados os gestores municipais de saúde ou seus representantes, profissionais que atuavam na assistência direta aos usuários e na área de regulação, conforme disposto no Quadro 2.

Foram entrevistados ainda quatro usuários, indicados pelos profissionais da UBS e do Ambulatório de Especialidades (AE) de cada um desses cenários, descritos no Quadro 3.

As entrevistas com gestores e profissionais foram realizadas presencialmente e à distância, por meio do *Google Meet*, conforme a conveniência de cada entrevistado, com duração média de 60 minutos.

Os grupos focais tiveram duração de aproximadamente 90 minutos e ocorreram de forma presencial, com os gerentes das unidades e profissionais envolvidos diretamente no cuidado, que atuavam na recepção e/ou agendamento de procedimentos. Dois grupos focais foram realizados com profissionais que atuavam nas UBS indicadas pelas equipes gestoras e outros dois com profissionais do serviço de AAE de referência para a respectiva UBS.

### Quadro 1 – Principais características dos cenários pesquisados

Cenários	Habitantes	Rede assistencial	Modalidade de Gestão	Tipo de Gestão
A – Região de Saúde do Município de São Paulo.	594.930 (IBGE-2010).	23 Unidades Básicas de Saúde – UBS.	OSS	Municipal
		2 Assistências Médicas Ambulatoriais / Unidades Básicas de Saúde – AMA/UBS.	OSS	Municipal
		1 Ambulatório de Especialidades.	OSS	Municipal
		1 Hospital Dia Municipal – HD.	OSS	Municipal
		1 Unidade de Pronto Atendimento – UPA.	OSS	Municipal
		1 Assistência Médica Ambulatorial – AMA 24 h.	OSS	Municipal
		5 Centros de Atenção Psicossocial – Caps.	OSS	Municipal
		1 Centro de Especialidade Odontológica – CEO.	OSS	Municipal
		2 Centros Especializados em Reabilitação – CER.	OSS	Municipal
		1 Unidade de Referência à Saúde do Idoso – URSI.	OSS	Municipal
		1 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD.	OSS	Municipal
		1 Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO.	Administração direta	Municipal
		1 Serviço de Atendimento Especializado em Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS – SAE – IST/AIDS.	Administração direta	Estadual
		1 Ambulatório de Especialidades Médicas – AME.	OSS	Estadual
		1 Hospital Estadual.	OSS	Estadual
		1 Maternidade Estadual.	Administração direta	Estadual
B – Município de Pequeno Porte da Região Metropolitana de São Paulo	31.236 (IBGE-2022).	3 Unidades Básicas de Saúde – UBS.	Administração direta	Municipal
		1 Ambulatório de Especialidades.	OSS	Municipal
		1 Centro de Atenção Psicossocial – Caps.	Administração direta	Municipal
		1 Hospital Geral.	Conveniada	Municipal

Fonte: Elaborado pelos autores.

As entrevistas e grupos focais partiram da seguinte pergunta disparadora: “Vocês consideram que há dificuldade de acesso a esse serviço e para oferecer à população um cuidado integral?”

As entrevistas com os usuários foram realizadas no serviço ao qual eram vinculados. Foram selecionados usuários que frequentavam os

serviços com regularidade. Buscou-se, a partir das experiências de uso dos serviços, compreender os processos de adoecimento e as impressões sobre o acesso e o cuidado ofertado. A partir da coleta dos depoimentos desses informantes-chave, foi possível conhecer a relação desses usuários com os serviços de saúde e suas impressões sobre eles.

## Quadro 2 – Descrição dos gestores e profissionais entrevistados

Cenário	Função	Local de trabalho	Coleta das informações
A	Gerente substituto da central de regulação da Coordenadoria Regional	Central de Regulação Intramunicipal – CRI	Entrevista 1
	Gestor da Organização Social (responsável pela gestão dos serviços do território)	Escritório da OSS	Entrevista 2
	Assistente do Gestor da OSS	Escritório da OSS	Entrevista 2
	Responsável pelo agendamento da UBS	UBS A	Grupo Focal 1
	Gerente	UBS A	Grupo Focal 1
	Enfermeira responsável técnica	UBS A	Grupo Focal 1
	Educador físico do NASF	UBS A	Grupo Focal 1
	Médico da família	UBS A	Entrevista 3
	Gerente do Hospital Dia/Ambulatório de Especialidades	HD	Grupo Focal 2
	Médico interlocutor de rede da RUE	Escritório da OSS	Grupo Focal 2
	Médico 1 interlocutor de rede do HD	HD	Grupo Focal 2
	Médico 2 interlocutor de rede do HD	HD	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede de uma UBS/AME integrada do território	UBS AME integrada	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede da UPA 1 do território	UPA 1	Grupo Focal 2
	Enfermeira interlocutora de rede da OSS	Escritório da OSS	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede de uma UBS integrada do território	UBS integrada	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede da UPA 2 do território	UPA 2	Grupo Focal 2
	B	Gestora Municipal de Saúde	SMS
Coordenadora da Central de Regulação Municipal		CRM	Entrevista 5
Médico Regulador		CRM	Entrevista 6
Gerente		UBS B	Grupo Focal 3
Pediatra		UBS B	Grupo Focal 3
Responsável pelo agendamento		UBS B	Grupo Focal 3
Enfermeira		UBS B	Grupo Focal 3
Gerente		AE	Grupo Focal 4
Cardiologista		AE	Grupo Focal 4
Responsável pelo atendimento da recepção		AE	Grupo Focal 4

Fonte: Elaborado pelos autores.

## Quadro 3 – Caracterização dos usuários entrevistados

Usuário	Gênero	Situação familiar	Situação de trabalho
Sol	M	Casado, tem uma filha, um filho, uma nora e um neto morando juntos	Aposentado. Conselheiro local da UBS.
Lua	F	Casada, tem duas filhas, de 20 e 21 anos	Dona de casa.
Estrela	F	Casada, tem dois filhos, de 13 e 7 anos.	Dona de casa.
Céu	F	Solteira, mora sozinha.	Trabalha no comércio.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Utilizou-se, para tanto, a proposta metodológica de Mapas do Cuidado (Meneses et al., 2017) para análise dos circuitos de cuidado – oficiais e alternativos – produzidos por eles para conseguirem o acesso que consideravam necessário.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP 1454/2020), de acordo com a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS-SP) (número do parecer: 5.084.807).

Os gestores municipais assinaram Carta de Manifestação de Interesse, autorizando a realização

da pesquisa. O Termo de Autorização Institucional para Pesquisa, assinado pelo presidente do COSEMS/SP, expressa o compromisso institucional da entidade representativa dos secretários municipais de saúde paulistas em apoio à realização do estudo.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nas entrevistas realizadas por webconferência, o TCLE foi enviado por meios digitais e sua devolução com as devidas assinaturas foi realizada em cópia digital. O conteúdo das entrevistas foi gravado, com anuência dos participantes, transcrito e analisado para o processamento do material empírico.

**Quadro 4 – Dispositivos Regulatórios utilizados nos cenários pesquisados**

Cenário	Dispositivos regulatórios identificados no cuidado	Funcionamento do dispositivo
A	Núcleo de Articulação de Redes	Voltado para fortalecer a articulação entre APS e AES, composto por médicos e enfermeiros dos serviços que atuam na qualificação das filas a partir do diagnóstico da rede, identificando encaminhamentos desnecessários para o ambulatório e pacientes que não precisariam estar na UPA. Se reúnem semanalmente para formular protocolos e discutir casos.
	Sala de Situação	Surgiu na pandemia para agilizar a comunicação com os serviços de informações sobre prevalência, manejo clínico, testes de covid, vacinas, dentre outros. Essas iniciativas perduraram após a pandemia, evoluindo para outras áreas com esse mesmo objetivo.
	Mesa de desenvolvimento e formação de pessoas	Propõe capacitações para médicos, enfermeiros e gerentes, com base nas dificuldades apresentadas.
	Núcleo de matriciamento	Para discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos singulares e definição de fluxos assistenciais, realizado com a UBS e Caps, EMAD, CER, URSI – denominado ‘Café com NASF’ (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
	Reuniões de desospitalização	Encontros da EMAD com a UBS para alta segura e condução ambulatorial do caso de forma compartilhada.
	Atendimento da demanda espontânea	Realização de acolhimento com classificação de risco pela enfermeira da UBS.
	Qualificação de filas de espera	Realizado pela UBS a cada 6 meses, em conjunto com o NAR.
B	Telematricamento	Utilizado pelos médicos da UBS para colaborar na conduta e discussão de casos com os especialistas do ambulatório.
	Monitoramento de gestantes, crianças e puérperas	Realizado pela área materno-infantil que acompanha a situação das crianças, gestantes e puérperas que são hospitalizadas, garantindo a continuidade do cuidado ambulatorial.
	Monitoramento pelo Caps	Realizado pelos psiquiatras do Caps nos casos de urgências psiquiátricas que passaram pelo PS da Santa Casa para garantia da continuidade do cuidado ambulatorial.

Fonte: Elaborado pelos autores.

## Resultados e Discussão

No cenário A, grande parte dos serviços era gerenciada por uma Organização Social de Saúde (OSS). As ações regulatórias se davam de forma descentralizada, sendo executadas tanto pela equipe de gestão da OSS como pelas equipes dos serviços. A Secretaria Municipal de Saúde dispunha de uma Central de Regulação da Coordenadoria Regional de Saúde (CR-CRS), à qual a STS estava vinculada e para a qual os serviços se reportavam quando necessitavam de encaminhamento para consultas ou exames. Essa central utilizava alguns protocolos de acesso definidos pelo município, considerados desatualizados pelos profissionais solicitantes. O processo regulatório se dava por meio de um sistema informatizado, apontado como de tecnologia ultrapassada, lento e com necessidade de melhorias. Utilizavam também um BI criado pelos profissionais da CR-CRS para colaborar na busca dos casos por palavras-chave.

O cenário B contava com uma Central de Regulação Ambulatorial (CRA) do município para regular o acesso a consultas especializadas e exames por meio de protocolos clínicos e de acesso construídos pelos profissionais executantes e solicitantes da rede de serviços. Ações regulatórias também eram realizadas pelos serviços, assim como pela área materno-infantil da Secretaria de Saúde.

O Quadro 4 apresenta os dispositivos regulatórios utilizados nos cenários A e B e seu funcionamento para promoção do cuidado em redes de atenção.

As necessidades de saúde identificadas pelos usuários entrevistados e a combinação dos serviços utilizados pelos mesmos na busca de cuidados que consideram necessários encontram-se descritos no Quadro 5.

A partir das entrevistas e grupos focais com 27 profissionais e quatro usuários de ambos os cenários, foram evidenciados alguns dispositivos e instrumentos regulatórios com potencial para atuar na articulação dos serviços e integralidade do cuidado, analisados a seguir.

### **Regulação do acesso na Central de Regulação (CR) e nos serviços: olhares complementares**

A insuficiência da regulação centralizada já foi apontada em outros estudos (Giannotti, 2013;

Gomes; Mello, 2023) que tratam das limitações inerentes a um regulador que opera distante do paciente e do território, reproduzindo a lógica da gestão, nem sempre alinhada à lógica do cuidado. Essa perspectiva crítica, no entanto, não deve ser entendida como um modelo que prescinde de centrais de regulação (Guabiraba et al., 2022). A ação de componentes centralizados e descentralizados, incluindo os componentes regulatórios dos serviços de saúde, que se complementam, confere qualidade ao ato regulatório.

Neste estudo, observou-se que as ações regulatórias do acesso à AAE não se limitaram às CR, estando presentes em ações desenvolvidas tanto pelas equipes da gestão como dos serviços de saúde.

A CR-CRS do cenário A adotava alguns protocolos e critérios de priorização para as solicitações de encaminhamentos pelas unidades, conforme estabelecido pela Central de Regulação Municipal (CRM). Na OSS responsável pelos serviços, as ações regulatórias ocorriam em espaços de discussão e condução compartilhada de casos, por meio da elaboração de projetos terapêuticos singulares, na perspectiva de um cuidado em rede de atenção.

No cenário B, a CRA recebia solicitações de encaminhamentos para AAE. As UBS também podiam fazer solicitações de matriciamento para o ambulatório de especialidades, numa relação direta entre os profissionais. A área materno-infantil da Secretaria acompanhava o percurso das gestantes e crianças egressas de internações, garantindo o cuidado necessário, conforme linha de cuidado estabelecida. O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) avaliava e acompanhava especificamente os usuários que deram entrada no pronto-socorro do hospital em situação de urgência psiquiátrica.

No cenário A, as ações regulatórias descentralizadas articulavam-se de forma frágil com as centrais Regional e Municipal de Regulação. Já no cenário B, essa articulação estava presente, com pouca integração com a Central Estadual de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS), o que pode explicar as maiores dificuldades enfrentadas para o acesso aos serviços estaduais do que para os serviços municipais.

Pesquisa realizada por Farias et al. (2019) constatou a desarticulação na ação dos profissionais da APS que necessitavam de encaminhamentos para

AAE, com centralização do poder regulatório em centrais de regulação municipais e estadual. O uso predominante de tecnologias duras nas centrais de regulação, como a gestão burocrática das filas e do agendamento, distantes das necessidades do território, aponta para a importância de ferramentas que contribuam na produção do cuidado e favoreçam ações da regulação do acesso para além do complexo regulador (Freire et al., 2020).

A regulação assistencial ambulatorial no SUS tem sido historicamente operada pelas centrais de regulação, que assumem precipuamente essa responsabilidade. A experiência do município do Rio de Janeiro (Gomes; Melo, 2023; Silva Junior et al., 2019) de fortalecimento da APS, delegando aos médicos das UBS o poder regulatório, em virtude de sua maior proximidade e conhecimento das necessidades dos usuários, fomentou maior diálogo entre os profissionais das equipes. Contudo, também foi observado o favorecimento de usuários quando o mesmo profissional era solicitante e regulador e uma competição entre reguladores locais por vagas

geridas centralmente. Processos de maior ou menor descentralização da atuação da regulação do acesso dependem da capilaridade da atuação do complexo regulador estadual e da organização de centrais regionais e municipais que componham a rede, mas é fundamental, sempre que possível, do ponto de vista da relação oferta x demanda e da atuação da APS, chegarmos à regulação a partir dos serviços, aproximando-se das necessidades dos usuários.

As ações microrregulatórias podem contribuir para o fortalecimento da capacidade de coordenação do cuidado pela APS quando acompanhadas de ações que conferem governabilidade para a atenção primária adotar critérios de priorização para o acesso a AES (Gomes; Melo, 2023). Esse fato pôde ser observado no cenário A, onde ficou evidente a forte articulação entre os profissionais da UBS e do AE na condução dos casos, e no cenário B, onde a estratégia de telematriciamento, respaldada pela gestão municipal, fortalecia esse vínculo.

Análise comparada dos modelos do Brasil e Espanha, em estudo realizado por Almeida et al.

**Quadro 5 – Necessidades e uso de serviços de saúde pela família dos usuários entrevistados**

Usuário	Necessidades identificadas pela família	Serviços utilizados pela família
Sol	Diabético e hipertenso, foi recentemente internado por um problema na vesícula, aguarda cirurgia em fila de espera.	UBS e HD da região, hospital estadual e Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE.
Lua	Tem dor cervical, ficou na fila para ortopedista, mas já foi atendida e está fazendo fisioterapia. Recentemente passou no Otorrinolaringologista, fez uma lavagem no ouvido. A sogra é acompanhada por psicólogo e psiquiatra da rede. Marido teve um “princípio de infarto” e foi atendido na UPA. A filha mais nova teve uma infecção urinária e tomou antibiótico na UPA por 7 dias.	UBS HD e UPA da região, hospital estadual e plano de saúde (filha mais velha).
Estrela	Faz acompanhamento com ginecologista da UBS. Ano passado, descobriu um nódulo na mama passou no mastologista. Era um tumor benigno e foi tratado. Filho mais velho tem asma e é acompanhado pelo pediatra e pelo ORL. Filho mais novo teve um acidente e usa uma prótese no olho direito, fez várias cirurgias e faz acompanhamento com oftalmologista do ambulatório.	UBS, ambulatório, Santa Casa, hospital estadual da região e na capital.
Céu	Pressão está alterada e está acompanhando com o clínico da UBS e cardiologista do ambulatório. Faz acompanhamento de rotina com GO. Os sobrinhos são acompanhados pelo pediatra da UBS.	UBS, Santa Casa, ambulatório, hospital estadual, AME estadual em São Paulo.

Fonte: Elaborado pelos autores.

(2013), aponta a contratação de médicos generalistas na APS com dedicação integral e função de *gatekeeper* para avaliar e direcionar os usuários pelo sistema, o que confere uma atribuição regulatória importante. No Brasil, mesmo com a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas últimas décadas, que fomentou o debate sobre a necessidade de organização da rede e regulação, a atenção primária enfrenta dificuldades na coordenação do cuidado e integração com a atenção especializada.

Os dois municípios aqui estudados apresentaram algumas estratégias para o fortalecimento do papel de coordenação do cuidado de forma compartilhada entre APS e AES. No entanto, isso não os eximiu de dificuldades no acesso a alguns exames e especialidades com menos oferta, especialmente quando essa referência se dava em serviços estaduais que não eram diretamente regulados por eles.

### **É possível conciliar demanda espontânea e programática na APS?**

Partindo do pressuposto de que a APS é a principal forma de acesso à AAE, faz-se necessário repensar o acesso ofertado na atenção básica em consonância com a atenção especializada, visando à integralidade do cuidado.

Norman e Tesser (2014) observaram que a inflexibilidade das agendas e o grande número de usuários adscritos por equipe da ESF dificultavam o atendimento às queixas reportadas pelos pacientes, que acabavam optando preferencialmente pelo atendimento em pronto-atendimentos e emergências hospitalares. De acordo com esses autores, tanto na produção acadêmica como nos serviços de APS, há um comprometimento maior com a promoção, prevenção e cuidado a grupos populacionais específicos e com a demanda programada. Subvaloriza-se o cuidado à pessoa adoecida, que apresenta urgências ou agudização de problemas crônicos, ainda que de baixa ou média complexidade, que se apresenta como demanda espontânea às UBS. Isso ficou evidente ao observarmos a dificuldade apresentada pela APS, sobretudo no primeiro semestre de 2020, para se reorganizar e participar da resposta às necessidades crescentes da demanda espontânea de usuários sintomáticos respiratórios com suspeita de covid-19 (Bigoni et al., 2022).

Gomes et al. (2016) trazem duas dimensões discursivas da demanda espontânea com inspiração nos trabalhos de Deleuze e Guattari (1995). A demanda direta, que se refere ao sujeito que demanda o cuidado, suas necessidades e queixa principal, e a demanda indireta, que se refere à forma como os serviços de uma determinada rede se organizam para atender àquele sujeito. Isso nos faz compreender que a demanda espontânea é produzida a muitas mãos, não somente pelo usuário, mas sobretudo pela forma como os serviços se organizam e o cuidado é ofertado.

No cenário A, o território fica distante das áreas centrais do município, com enorme dificuldade para manter o quadro completo de médicos, caracterizado pela alta rotatividade desses profissionais. A UBS pesquisada adotava o modelo de ESF, com grande pressão de demanda, e instituiu o acolhimento com classificação de risco realizado pela enfermagem para conhecer essa demanda e ofertar o melhor cuidado possível. No entanto, como a UBS não dispunha da quantidade de médicos necessária, o acolhimento acabava comprometendo o acompanhamento das famílias. Os médicos reservavam dois dias na semana para o atendimento de sua microárea e o restante das suas agendas para atender à demanda espontânea encaminhada pelo acolhimento. O usuário 1 entrevistado acreditava que esse trabalho deveria ser executado por um plantonista, não pelo médico da ESF. Quando necessário agendamento de consulta médica, para os casos que não eram considerados graves, o tempo de espera era de 30 a 40 dias. O médico da ESF do cenário A avaliou ser muito difícil dar apoio ao acolhimento apenas com os médicos lotados na unidade e referiu que não estava conseguindo fazer visitas domiciliares. Naquele momento, era responsável por duas microáreas, pois a unidade deveria contar com oito médicos e tinha apenas quatro.

A UBS do cenário B adotava o modelo tradicional, com médicos pediatras, ginecologistas e clínicos. O perfil da UBS era voltado para a demanda programática. Na pediatria, a espera para agendamento era de aproximadamente 30 dias, mas na ginecologia, para mulheres não gestantes/puérperas, a espera era de 8 meses. As visitas domiciliares, quando necessárias, eram realizadas pela equipe de enfermagem. O acolhimento com

classificação de risco era realizado pela enfermagem e não dispunha de médico exclusivo para a demanda espontânea. As agendas médicas eram organizadas para encaixe de um ou dois pacientes por período para cada médico. Em situações de urgência, os pacientes eram encaminhados para a Santa Casa, pois não havia estrutura adequada para atendê-los, como medicamentos, sala de inalação, material para suturas etc.

Repensar os processos de trabalho e as agendas de forma a favorecer as ações coletivas e individuais, assim como as demandas programática e espontânea, é um grande desafio (Norman; Tesser, 2014; Gomes et al., 2016; Pinto; Coelho, 2008). Não se trata de algo simples, pois a tarefa recai sobre as equipes da APS com um excessivo número de usuários por equipe que, muitas vezes, não têm condições de trabalho, profissionais e formação adequadas (Norman; Tesser, 2014).

Pôde-se verificar que a UBS do cenário A adotava estratégias potentes para o atendimento da demanda espontânea, o que possibilitou maior reconhecimento das necessidades do território, inclusive para organizar a sua oferta de AAE. A falta de médicos e a sobrecarga de trabalho, todavia, comprometiam o acompanhamento das famílias e dos pacientes crônicos. Já no cenário B, a UBS optou por priorizar o seguimento dos pacientes crônicos, gestantes, puérperas e crianças, mas não conseguia se debruçar sobre o processo de adoecimento de sua população adscrita. As UBS devem se responsabilizar pela produção de saúde e atendimento das necessidades de saúde das pessoas de seus territórios. Para que isso seja possível, torna-se necessária a desconstrução do modelo biomédico hegemônico, a partir da produção de intervenções em rede, no campo da promoção e do cuidado à saúde, individual e coletivo (Raimundo; Silva, 2020).

O tensionamento das equipes de atenção primária quando se deparam com a demanda espontânea que não se adéqua às prioridades das ações previamente programadas foi observado na UBS do cenário B. Isso evidencia a conexão que se estabelece entre a organização da APS e sua potência microrregulatória na garantia de um acesso mais qualificado, que identifique riscos e priorize demandas, indicando que a regulação do acesso como produtora de cuidado necessita atuar

em rede e a partir de serviços que se organizem de acordo com a necessidade do território.

Faz-se necessária a organização de novos arranjos tecnológicos e organizativos para oferecer cuidado na intensidade exigida para cada situação (Merhy; Feuerwerker, 2016). Nesse sentido, o acolhimento com escuta qualificada na APS, que supere a mera triagem dos casos mais graves e de fato possa colaborar no conhecimento dos sujeitos e na produção do cuidado compartilhado com a AES, torna-se uma importante estratégia regulatória para promoção do cuidado, aliada a uma APS bem estruturada.

### **É possível uma AAE menos prescritiva e mais cuidadora?**

Os serviços especializados existentes no SUS são ofertados, usualmente, por meio de ambulatorios, onde especialistas recebem encaminhamentos referenciados pela APS. Esses especialistas não conhecem os colegas que encaminharam seus pacientes, não têm acesso aos prontuários com registros das ações previamente realizadas e, frequentemente, terminam retendo esses pacientes desnecessariamente, o que resulta na geração de mais filas de espera (Tesser; Poli Neto, 2017). Trata-se de um modelo de assistência à saúde centrado no ato prescritivo – na consulta, exame ou procedimento – sem considerar as determinações do processo saúde-doença. Substituiu-se a escuta do paciente pelo uso de tecnologias duras, absorvida pela patologização dos infortúnios e tomada como objeto de consumo, gerando mais fragmentação do cuidado (Malta; Merhy, 2010; Merhy; Feuerwerker, 2016; Foucault, 1976; Capone, 2003).

Priorizar uma agenda focada nos processos de trabalho dos serviços de saúde, no modo como se organizam e nas relações produzidas, torna-se fundamental para a superação da fragmentação e desarticulação dos sistemas de saúde (Giannotti, 2011). A organização de Linhas de Cuidado (LC) é uma estratégia que pressupõe responsabilização das equipes e do sistema pela saúde do usuário e deve se constituir a partir de processos de gestão coletivos e participativos. As LC, todavia, só produzem integralidade quando os macroprocessos se articulam com os microprocessos (Malta; Merhy, 2010).

Nos cenários pesquisados, as relações com a gestão estadual ocorriam, na maior parte das vezes, mediante demandas ou em reuniões formais, com pouca governabilidade para o enfrentamento dos problemas apontados. Ambos os cenários estruturaram seu AE com o objetivo de dar resolutividade aos casos acompanhados nas UBS e encaminhados aos serviços especializados, o que pressupõe uma articulação em rede desses serviços.

*Nosso ambulatório foi montado para apoiar a atenção básica, as especialidades que têm lá estão relacionadas às patologias mais prevalentes da atenção básica.* (Gestora cenário B)

*A gente brigou para ampliar nosso hospital-dia. Era um ambulatório de especialidades que, na pandemia, começou a atender os casos de covid, teve uma adequação e viram que foi muito positivo pro território. Agora já temos um número maior de especialidades que estavam espalhadas e foram sendo direcionadas pra cá, pra reorganizar alguns serviços.* (Gerente HD cenário A)

O propósito do investimento nesses ambulatórios municipais foi o de organizar o sistema, ampliar a resolutividade da APS e estabelecer canais de comunicação e cooperação entre os trabalhadores dos diferentes serviços. A partir desse investimento, foi possível a realização de matriciamento com produção de projetos terapêuticos compartilhados e implantação de protocolos para os encaminhamentos às especialidades, o que era considerado pouco factível nas referências estaduais.

O apoio matricial, entendido como uma estratégia complementar à atuação das centrais de regulação, coloca-se como uma estratégia necessária que pode oferecer retaguarda assistencial e suporte para as equipes de referência (Campos; Domitti, 2007). As teleconsultas e o matriciamento por meio de teleconsultorias são estratégias que aproximam profissionais da APS aos da AAE.

No cenário A, foi organizado o Núcleo de Articulação de Redes (NAR), que buscava fortalecer a articulação entre APS e AAE, identificando situações

de encaminhamentos desnecessários efetuados pela APS. O NAR, composto por profissionais dos diferentes serviços, a partir das fichas de encaminhamento e das filas de espera, avaliava a resolutividade da atenção básica e propunha soluções, como a necessidade de elaboração de protocolos clínicos. Por ocasião das entrevistas, estavam em uso protocolos de dor crônica e saúde mental e, em elaboração, protocolos para doenças crônicas. O NAR identificou, também, a necessidade de elaboração de protocolos de acesso à AAE, pois avaliou que os da prefeitura estavam desatualizados, ainda que até o momento da investigação de campo não tivessem avançado nesse sentido.

No cenário B, foi implantado protocolo de acesso por especialidade e doença, com orientações para que o atendimento pudesse ser manejado na UBS, encaminhado para o AE ou para que fosse solicitado matriciamento. Isso era feito por meio de um sistema de informações, com prontuários compartilhados. O pedido era analisado pela CR, que monitorava o tempo de resposta dos matriciamentos realizados, efetuava o agendamento quando necessário ou devolvia o pedido, solicitando esclarecimentos. Esses matriciamentos eram assíncronos e ocorriam, normalmente, uma semana após o pedido. Para as especialidades de cardiologia, endocrinologia e otorrinolaringologia, 40% dos atendimentos ocorriam por meio de matriciamento. Já na oftalmologia e dermatologia, praticamente todos os casos eram encaminhados para consulta com especialistas.

A regulação a partir da APS ainda é um caminho a ser fortalecido, à medida em que no SUS a maioria das equipes não realiza a classificação de risco, nem acompanha os pacientes colocados em listas de espera (Almeida et al., 2020). Na regulação formal (Cecílio et al., 2014), todos os profissionais regulam em algum grau, e a percepção da equipe da APS sobre as necessidades do usuário fica valorizada quando lhe é conferida a possibilidade de realização da classificação de risco e de encaminhamentos para alguns tipos de exames que possibilitam maior resolutividade da APS.

No cenário A, o médico tinha autonomia para avaliar os riscos e encaminhar seus pacientes. No entanto, os protocolos de acesso estavam desatualizados e muitas vezes era necessário

discutir o caso com o NAR para o agendamento com prioridade, fora do que estava previsto no protocolo. Destaque-se o relato do médico 1, interlocutor de rede do NAR, cenário A:

*Quando percebemos uma situação em que seguir o protocolo de acesso vai prejudicar o cuidado necessário, conversamos com o serviço e criamos vagas de encaixe nas agendas, fora do sistema, para propiciar esse acesso. (Médico 1, cenário A)*

No cenário B, o médico da APS utilizava os critérios estabelecidos nos protocolos de acesso e tinha autonomia para avaliar o risco e definir a prioridade do agendamento ou de matriciamento com o especialista, inclusive quando identificava um caso em que era necessário contrariar o previsto no protocolo. Conforme pode ser observado no relato do pediatra da UBS, cenário B:

*Quando identificamos um caso que necessita de um cuidado especial, toda a rede se movimenta, a gente conversa com as equipes, com a gestão, com quem for necessário para resolver. (Pediatra, cenário B)*

Podemos classificar essas ações como estratégias coletivas de defesa, que levam à constituição de uma “inteligência astuciosa” para subverter a regulamentação institucional (Dejour, 1994). A regulação, mesmo quando se utiliza de regras pactuadas, deve ter escuta e olhar para as adaptações que essas regras sofrem quando aplicadas à realidade, que permitem os ajustes necessários, sempre orientada pelas necessidades dos usuários e a melhor utilização dos recursos disponíveis.

A atuação das Centrais de Regulação não pode significar a perda da singularidade na produção do cuidado para cada cidadão e o avanço na integralidade do sistema de saúde (Freire et al., 2020). Protocolos podem e devem ser colocados em análise, pois apesar de serem produzidos com base em consensos científicos, são ferramentas e não podem ser concebidos como meras receitas (Malta; Merhy, 2010).

No cenário A, eram utilizados protocolos de acesso para alguns exames definidos pela regulação central, com prioridade para Códigos Internacionais das Doenças (CID) relacionados à oncologia e de pacientes idosos. A priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde era realizada sem ação direta no cuidado, de forma administrativa e burocrática. A OSS que administra os serviços tinha autonomia para definir suas estratégias de gestão e instituiu alguns dispositivos regulatórios próprios com vistas a qualificar o cuidado e facilitar o acesso, como o NAR, a mesa técnica de gestão da clínica, a sala de situação e a mesa de desenvolvimento e formação de pessoas.

No cenário B, as equipes trabalhavam com protocolos de acesso para os encaminhamentos das UBS com uma regra específica para classificação de risco: 1 para espera de até 20 dias; 2 para espera de até 60 dias; 3 sem prazo definido. Foi estabelecido um fluxo com a Santa Casa, que não permitia ao PS fazer encaminhamentos para o ambulatório. Somente as urgências psiquiátricas eram encaminhadas diretamente ao Caps. Após a alta hospitalar, gestantes e crianças internadas tinham um fluxo direto de agendamento para UBS ou ambulatório, dependendo do caso, chamado de “alta qualificada”, processo que era mediado pela área materno-infantil.

Para que essas ações regulatórias promovam o cuidado, é fundamental serem executadas com base no fortalecimento dos vínculos, criação de espaços de diálogo com e entre as equipes, escuta das necessidades captadas no encontro dos profissionais com os usuários, a partir de “espaços intercessores”, nos quais um intervém sobre o outro (Merhy, 2006).

No cenário A, foi constatada a existência de um sistema informatizado que agregava as informações e disponibilizava relatórios para a rede, que permitiam acompanhar o itinerário terapêutico de cada usuário no território. Os profissionais no NAR se reuniam semanalmente para discussão dos casos e situações encontradas, mas não havia um fórum de encontros da rede com o NAR e a comunicação entre os profissionais do NAR e dos serviços se dava pelo sistema informatizado. Já os profissionais da UBS tinham uma rotina de encontros para matriciamento e discussão de casos com outros serviços especializados, ao qual denominavam “Café com o NASF”.

A comunicação formal entre os profissionais da APS e AAE no cenário B se dava de forma assíncrona pelo sistema de informações e não havia espaços de encontro. O motivo alegado era que as agendas dos médicos com vínculos e cargas horárias diferentes dificultavam esses encontros, mesmo que virtualmente.

O fortalecimento de espaços de encontro entre as equipes de APS e AAE torna-se fundamental para promover a integralidade do cuidado, com olhar para as singularidades do sujeito. As ações regulatórias, quando se utilizam desses dispositivos, podem contribuir para a promoção do cuidado em rede.

## Considerações finais

Nesse estudo, foi constatado que a ação conjunta de componentes centralizados e descentralizados de ações regulatórias colaborava para uma regulação produtora de cuidados, pois permitia adotar um olhar amplo para o território, conhecendo as principais demandas e itinerários terapêuticos da população. Possibilitava, ainda, um olhar sobre as necessidades singulares de cada usuário. Quanto maior for a distância da CR para o território e seus pontos de atenção, menor a possibilidade de utilização de dispositivos que promovam o cuidado e maior o risco da predominância de uma regulação administrativa e burocrática. As experiências aqui analisadas indicam que esse risco fica atenuado quando as equipes da APS e da AAE se envolvem conjuntamente no processo regulatório e atuam de forma próxima da central de regulação.

A incorporação de ações regulatórias pela APS contribui para o fortalecimento de seu papel coordenador do cuidado, desde que sintonizadas com a conformação de redes regionalizadas. Para tal, é necessário que a UBS supere o atendimento exclusivo de grupos prioritários e esteja aberta às demandas que surgem no encontro com os usuários. Assim, não seria apropriado adotar uma visão maniqueísta sobre essa questão, contrapondo saúde coletiva e individual, demanda programática *versus* espontânea, que são dimensões que se entrelaçam e necessitam ser enfrentadas de forma articulada. Nesse sentido, é fundamental a definição de uma agenda que não seja totalmente capturada por ações programáticas e prescritivas, pautadas pelo

alcance de metas e indicadores, mas centrada no cuidado. Nos cenários estudados, a relação da APS com os serviços estaduais era esporádica e esse distanciamento fortalecia o modelo prescritivo dos serviços estaduais e enfraquecia a capacidade regulatória dos serviços do território.

A regulação a partir dos serviços de saúde é um caminho a ser fortalecido, com a adoção de estratégias que permitam à UBS realizar a classificação de risco e decidir sobre o encaminhamento a determinados exames que lhe confirmam maior resolutividade. Canais de comunicação entre as equipes da APS e AAE, com o uso de tecnologias leves e relacionais, criação de espaços de diálogos e o uso de tecnologias digitais, como as teleconsultorias, apresentam-se como estratégias que aproximam os profissionais da APS e AAE e possibilitam a organização de linhas de cuidado. O uso de protocolos como um referencial, e não como uma receita, também se mostra efetivo para a promoção do cuidado em rede, desde que mantenha o olhar para as necessidades singulares do sujeito.

Fica reforçada, nesse estudo, a importância do uso dessas tecnologias que permitem favorecer o acesso oportuno aos serviços e oferecer à população um cuidado integral.

## Referências

- ALMEIDA, P. F.; GERVAIS, J.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul./set. 2013.
- ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA, P. F.; MELO, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, Supl. 1, p. e190609, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190609>>. Acesso em: 20 mai. 2024.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 3492 de 08/04/2024*. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no SUS, 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BIGONI, A.; MALIK, A. M.; TASCIA, R. et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am*, v. 10, p. 100222, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35284904/>>. Acesso em: 05 fev. 2023.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAPONE, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FARIAS, C. M. L.; GIOVANELLA, L.; OLIVEIRA, A. E. et al. Tempo de espera e absentismo na Atenção Especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 190-204, dez. 2019.
- FOUCAULT, M. Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina? Tradução por REYNIÉ, D. *Revista Centroamericana de Ciências de La Salud*, n. 3, p. 197-209, 1976.
- FREIRE, M. P.; LOUVISON, M.; FEUERWERKER, L. C. M. et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, p. e190682, 2020.
- GIANNOTTI, E. M. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- GOMES, G. G.; MELO, E. A. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição. *Physis: Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, p. e33012, 2023.
- GOMES, M. P. C.; VIANNA, L.; ROCHA, M. et al. Demanda espontânea e fabricação de redes vivas: uma produção possível? In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T. et al. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde - Surpreendendo o instituído nas redes*. Políticas e cuidados em saúde, Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 352-356.
- GUABIRABA, K.; GOMES, G.; MELO, E. A. Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, p. 107-120, 2022.
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.
- MAEYAMA, M. A.; CALVO, M. C. M. A integração do tele-saúde nas Centrais de Regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)*, v. 42, n. 2, p. 63-72, 2018.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010.

- MENESES, C. S.; CECILIO, L. C. DE O.; ANDREAZZA, R. et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, 2017.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde - Livro 1.* Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MERHY, E. E. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.* São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde.* 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.
- PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. *In: CAMPOS, G. W. DE S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.* São Paulo: Hucitec, 2008.
- RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B. da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, v. 11, n. 2, p. 109-116, 2020.
- REIS, A. A. C.; SOTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 122-135, dez. 2016.
- SILVA JUNIOR, C. L.; GUABIRABA, K. P. L.; GOMES, G. G. et al. A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2481-2493, 2021.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

---

### Contribuição dos autores

Elaine Maria Giannotti: na conceitualização com formulação e definição dos objetivos, na investigação do processo de pesquisa e escrita. Marília Cristina Prado Louvison: revisão crítica e comentada. Arthur Chioro: conceitualização com formulação e definição dos objetivos, na Supervisão das atividades da pesquisa e na revisão crítica e comentada.

### Declaração de Disponibilidade de Dados

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

Editores: Ivia Maksud, Fernando Aith

Recebido: 13/09/2024

Reapresentado: 17/09/2024

Aprovado: 13/11/2025