



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

CAROLINA ALBUQUERQUE DA PAZ

**REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM CARUARU-PE: UMA REFLEXÃO
BIOÉTICA A PARTIR DE UM RELATO AUTOETNOGRÁFICO**

Brasília

2024

CAROLINA ALBUQUERQUE DA PAZ

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM CARUARU-PE: UMA REFLEXÃO
BIOÉTICA A PARTIR DE UM RELATO AUTOETNOGRÁFICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) para obtenção do título de Doutora em Bioética.

Linha Pesquisa: Fundamentos de Bioética e Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Gabriele Cornelli

Brasília
2024

Nome: Carolina Albuquerque da Paz

Título: Regulação Assistencial em Caruaru-PE: uma reflexão bioética a partir de um relato autoetnográfico

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) para obtenção do título de Doutora em Bioética.

Aprovada em ____ de _____ de 2024.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gabriele Cornelli – UnB (Presidente)

Prof Dr. Saulo Ferreira Feitosa – UnB (Membro Interno)

Prof^a. Dr^a. Caroline Filla Rosaneli – PUC PR (Membro Externo)

Prof^a. Dr^a. Lilian Vieira Magalhães – UFSCar (Membro Externo)

Prof. Dr. Pedro Erginaldo Gontijo – UnB (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Há muito a quem agradecer e esse espaço será insuficiente para fornecer uma dimensão exata da importância que muitas pessoas tem para a realização dessa pesquisa. Essa tese é verdadeiramente fruto de um trabalho coletivo. Primeiramente, agradeço à Volnei Garrafa e Saulo Feitosa que trabalharam insistentemente para aprovar a colaboração entre a UFPE e a UnB para a efetivação do Doutorado Interinstitucional em Bioética. Agradeço imensamente ao meu orientador, Gabriele Cornelli, que segurou a minha mão e acreditou em mim no momento que pensei em desistir. Agradeço aos professores e professoras da UnB que deram aula para essa turma especial e compartilharam seu tempo e experiência conosco. Um abraço apertado para toda a turma de colegas que estivemos juntos nessa longa jornada de fazer doutorado ou mestrado sem tirar licença das atividades docentes e assistenciais.

Um agradecimento especial vai também para meus colegas da regulação de Caruaru-PE pela confiança e aprendizado.

Meu agradecimento de coração também vai a todas as pessoas amigas, encarnadas ou desencarnadas, que escutaram meus lamentos, acolheram os meus sentimentos e me animaram a continuar nesse processo. Foram tantas pessoas que não daria para relacioná-las.

Por fim, agradeço à minha família que apoia todos os meus voos e são uma sólida base de pouso envolvido com muito amor, intimidade e respeito.

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese a todos os trabalhadoras e trabalhadores do SUS que defendem na prática, no território, no coração, na dedicação, na intelectualidade esse sistema de saúde. Muitos trabalham para inviabilizar o SUS, mas nós permaneceremos atentas e em luta diariamente. “Aí ficaremos e o nosso triunfo é saber que ninguém entenderá nossa vitória! Nossa vitória não será entendida! No entanto teremos vencido!”

"Vejam como os homens culpam os deuses
de nós, dizem eles, vem o mal
mas através de sua própria perversidade,
e mais do que merecem,
encontram... a tristeza.

Assim falou Zeus, pai dos homens e dos Deuses,
pela boca de Homero, o Junkie.

Às vezes uma voz interior insiste no futuro
Aí é quando se cai na gargalhada
Porque é o seu futuro
O futuro é uma câmara de gás!

(Seu ódio)
Porque é o seu futuro
(Seu ódio)
Que coisa perfeita é o seu ódio!

Aí ficaremos e o nosso triunfo é saber
que ninguém entenderá
Nossa vitória não será entendida
No entanto, teremos vencido!

Poderia ser mais

poderia ser muito melhor
Com a destruição flamejante do inferno
que a sociedade alimenta
e nega indignada que o faz!

Que final mais adequado
para essa farsa
que foi planejada por nós,
amigo, amigo ódio.”

**Música “Homero, o Junkie,” Mundo Livre S/A, álbum Samba esquema
noise, 1994.**

RESUMO

A Regulação Assistencial, enquanto parte da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra-se como uma estratégia para pôr em prática o acesso equânime à saúde no Brasil. Ademais, o acesso à saúde é um tema bastante discutido na bioética. Essa pesquisa objetiva, desse modo, aproximar a bioética da regulação assistencial enquanto política e prática de saúde pública, com a finalidade de valorizar o olhar da bioética para um importante meio de garantir acesso à saúde. Portanto, o presente estudo advoga pela inclusão de duas categorias bioéticas na reflexão dos processos de regulação assistencial: (1) biopoder, conforme analisada pela Bioética da Proteção; (2) solidariedade crítica, como trabalhada pela Bioética da Intervenção. Para atingir esses objetivos, desenvolveu-se uma pesquisa autoetnográfica, uma vez que a pesquisadora trabalhou de 2014 a 2021 no setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, tendo ajudado a construir políticas públicas de regulação no âmbito municipal. A partir da análise que agrega valor, o relato autoetnográfico foi examinado e interpretado à luz das categorias bioéticas centrais da pesquisa e recebeu a seguinte síntese: A regulação assistencial em Caruaru trabalha com linhas de força que colidem: duas linhas desejam integrar e resolver problemas, tendo a ciência como fortaleza; duas linhas opostas são a força dos privilégios e das resistências, que se utilizam do negacionismo científico como bastião. A discussão traz a proposição de que a regulação assistencial do SUS supre uma carência do nível assistencial e por isso há uma justificativa bioética para a sua manutenção para garantir uma priorização de assistência à população mais necessitada, a partir da perspectiva da Bioética da Proteção. Também, a partir de uma política de integração da regulação com a assistência, um espaço de negociação de valores e práticas pode ser potencializador do cultivo dos valores da solidariedade crítica, como alteridade, diversidade, engajamento e comprometimento.

Palavras chaves: Regulação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Bioética; Autoetnografia.

ABSTRACT

Healthcare Regulation, as part of the National Regulation Policy for the Unified Health System (SUS), is one a strategy for putting into practice equitable access to healthcare in Brazil. Furthermore, access to healthcare is a widely discussed topic in bioethics. This research aims, therefore, to bring bioethics closer to the regulation as a public health policy and practice, to value the view of bioethics as an important mean of guaranteeing access to health. Therefore, the present study advocates for the inclusion of two bioethical categories in the reflection of healthcare regulation processes: (1) biopower, as analyzed by Bioethics of Protection; (2) critical solidarity, as worked by Intervention Bioethics. To achieve these objectives, an autoethnographic research was developed, as the researcher worked from 2014 to 2021 in the Regulation sector of the Caruaru Municipal Health Department, having helped to build regulatory policies at the municipal level. Based on the 'value-adding' analysis, the autoethnographic report was examined and interpreted in light of the central bioethical categories of the research and received the synthesis: Helthcare regulation in Caruaru works with power lines that collide: two lines seek to integrate and solve problems, having science as a strength; two opposite lines are the power of privileges and resistance, which use scientific denialism as a bastion. The discussion brings the proposition that the SUS's regulation fills a healthcare's gap. Also, there is a bioethical justification, from the perspective of Bioethics of Protection, for its maintenance to guarantee a prioritization of assistance to the neediest population. Furthermore, based on a policy of integrating regulation with assistance, a space for negotiating values and practices can enhance the cultivation of virtues of critical solidarity, such as otherness, diversity, engagement and commitment.

Key words: Health Regulation; Access to Health Services; Bioethics; Autoethnography

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Trechos do roteiro de reunião com gestores da SMS.....	82
Quadro 2 – Resumo da proposta da regulação médica formadora.....	85
Quadro 3 – Troca de mensagens com gestor da regulação.....	87
Quadro 4 – Pontos importantes do planejamento dos médicos reguladores.....	96
Quadro 5 – Troca de mensagens com médicos reguladores.....	100
Quadro 6 – Temas iniciais do processo de análise.....	114
Quadro 7 – Dispositivos da análise que agrega valor.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AME - Ambulatórios Multidisciplinares de Especialidades
AB - Setor de atenção básica
AE - Setor de atenção especializada
APS - Atenção Primária à Saúde
BP - Bioética da Proteção
BI - Bioética da Intervenção
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAA - Centro Acadêmico do Agreste
CF - Constituição Federal
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DUBDH - Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
EUA - Estados Unidos da América
ESF - Estratégia da Saúde da Família
EP – Ações de educação permanente
GERES - Gerência Regional de Saúde
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MFC - Medicina de Família e Comunidade
MEM - Movimento Estudantil de Medicina
NEP - Núcleo de Educação Permanente
NOA-Caruaru - Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames Complementares
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil
Reuni - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNB - Universidade de Brasília

UPE - Universidade de Pernambuco

UWO - Universidade de Western Ontario

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Estrutura da tese.....	18
CAPÍTULO 2.....	19
2. SÍNTESE DA LITERATURA	19
2.1 Regulação	19
2.2 Regulação Assistencial	22
2.3 Bioética	28
2.3.1 Biopoder e Mercantilização da Saúde.....	30
2.3.2 Direitos Humanos, Justiça e Acesso à Saúde	34
2.4 Síntese do Capítulo	39
CAPÍTULO 3.....	40
3. METODOLOGIA.....	40
3.1 Identidade	41
3.1.1 Contexto Pessoal Durante a Pesquisa.....	48
3.1.2 O Poder Médico em Mim.....	52
3.2 Autoetnografia como Método.....	54
3.3 Contexto	56
3.3.1 Caracterização do Município	56
3.3.2 Minha Chegada em Caruaru	58
3.4 Motivação.....	60
3.5 Coleta de Dados: Escrevendo a Autoetnografia.....	62
3.6 Ética em Pesquisa	63
3.7 Os Outros	66
3.8 Reflexividade	67
3.9 Análise	68
3.10 Rigor Metodológico	70
CAPÍTULO 4.....	73
4. O relato autoetnográfico	73
4.1 Preâmbulo	73
4.2 Minha Chegada na Regulação	74
4.2.1 Síntese pessoal da minha chegada na Regulação	75
4.3 O início dos trabalhos.....	76

4.3.1	Síntese pessoal do início dos trabalhos.....	81
4.4	A Construção da NOA.....	83
4.4.1	Síntese Pessoal da Construção da NOA.....	95
4.5	O início da Implantação da NOA.....	97
4.5.1	Síntese Pessoal do Início da Implantação da NOA.....	105
4.6	Continuação do Trabalho.....	107
4.6.1	Síntese Pessoal da Continuação do Trabalho.....	115
CAPÍTULO 5.....		116
5.	Análise e Discussão.....	116
5.1	Preâmbulo.....	116
5.2	A análise.....	117
5.3	A discussão.....	123
5.4	Conclusão e Considerações finais.....	132
REFERÊNCIAS.....		136

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um tema bastante discutido na bioética e, de acordo com Garrafa, Cunha e Manchola (1), tem caráter central na bioética brasileira. Há diversos debates e perspectivas sobre o acesso à saúde e sua relação com a bioética na literatura, como os propostos por Valim, Daibem e Hossne (2), Globekner (3), Ruger (4) e Kourie e colaboradores (5). Além disso, pensadores como Rawls, Daniels e Callahan (6, 7), discutem o acesso a partir de suas teorias da justiça, bem como Beauchamp e Childress (8), os quais examinam os pormenores do acesso à saúde por meio do princípio biomédico da justiça.

A Regulação do Acesso à Assistência, enquanto parte da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (9), lançada em 2008, mostra-se como uma das principais estratégias para pôr em prática o acesso equânime à saúde no Brasil. Essa pesquisa objetiva, desse modo, aproximar a bioética da regulação do acesso à assistência enquanto política e prática de saúde pública, com a finalidade de valorizar o olhar da bioética para um importante meio de garantir acesso à saúde. Portanto, o presente estudo advoga pela inclusão de algumas categorias bioéticas no cotidiano de trabalho em saúde, destoando do pensamento que considera a bioética enquanto conhecimento normativo e distante da realidade concreta dos indivíduos (10). As categorias bioéticas eleitas para essa pesquisa foram: (1) proteção aos vulnerados definido pela Bioética da Proteção (BP) (11); (2) solidariedade crítica como trabalhada pela Bioética da Intervenção (BI) (12). Artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (13) e outros autores importantes para bioética, como Giovani Berlinguer e Daniel Callahan, também serão citados em interação com as categorias centrais.

Para chegar nesse objetivo, desenvolveu-se uma pesquisa auto etnográfica, uma vez que a pesquisadora trabalhou de 2014 a 2020 no setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caruaru, tendo ajudado a construir políticas públicas que possibilitaram a ampliação do acesso à saúde no âmbito municipal. Em essência, a pesquisa auto etnográfica utiliza a

experiência pessoal do pesquisador para descrever e criticar práticas, vivências e crenças, utilizando a reflexão sobre si como mola propulsora para identificar e interrogar as intersecções entre o eu e a sociedade, o particular e o geral, o pessoal e a política (14). Todo esse processo teve o intuito de propor novas práticas de saúde pública, justiça social e significado de luta em defesa do SUS, em uma postura atenta e reflexiva.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma importante política de acesso à saúde no Brasil (15) e sua defesa é um dos interesses dessa pesquisa. A Constituição Federal (CF) brasileira afirma que a saúde é direito do povo, sendo dever do Estado promover políticas públicas que concretizem esse direito. Nesse sentido, diversas políticas de saúde foram desenvolvidas desde a promulgação do SUS, que gradativamente ampliaram o acesso à saúde, com destaque às seguintes:

- O Pacto pela Saúde (16) foi um conjunto de reformas estruturantes do SUS, com compromissos das três esferas de gestão (municipal, estadual e federal), que visava trazer inovação e eficiência para o SUS, além de uma nova forma de financiamento;
- Política Nacional de Atenção Básica (17), a qual ampliou o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, estabelecendo a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como principal porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado;
- Política Nacional de Atenção às Urgências (18), tendo estabelecido o atendimento pré-hospitalar em 2003, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), até então inédito no Brasil;
- A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (19) que em 2004 garantiu o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica.

Não obstante, a ampliação do acesso à saúde no Brasil também trouxe desafios para o SUS, como a descentralização e regionalização, qualificação e financiamento dos serviços, além da regulação do acesso a esses serviços (20). À vista disso, foi lançada em 2008 a Política Nacional de Regulação no SUS (9), a qual tem o fito de fortalecer instrumentos de gestão do SUS que garantem a organização da rede e fluxos assistenciais, promovendo o acesso equânime, integral e qualificado dos serviços de saúde.

O conceito de regulação em saúde é polissêmico (21; 22), majoritariamente causa da diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde em diferentes países. Ademais, uma falta alinhamento em torno do entendimento sobre a regulação do SUS e sua função ajuda a justificar a sua baixa valorização nas políticas e práticas de saúde pública (23). Black (24) propõe uma definição de regulação: é o uso intencional de autoridade para afetar o comportamento de diferentes partes de acordo com padrões estabelecidos, incluindo instrumentos de levantamento de informações e modificação de comportamento. Sendo assim, a regulação tem uma íntima relação com o Estado, pois este detém a autoridade em relação aos diferentes interesses das partes reguladas, já que o seu propósito primordial é o interesse público. As partes reguladas são agentes (indivíduos, comunidades ou organizações), públicos ou privados, que têm interesses, prioridades e valores distintos, sendo necessário, portanto, que o Estado medie as relações de poder entre eles, a fim de não comprometer essas relações.

Em uma perspectiva de regulação na área da saúde, Contandriopoulos (25) afirma que “a regulação do sistema de saúde é permanentemente a consequência da tensão que existe entre as quatro lógicas da regulação: (a) a lógica do mercado, (b) a lógica tecnocrata, (c) a lógica profissional e a (d) lógica política” (p. 54). Essas lógicas operam nos diversos atores do sistema de saúde, respectivamente: (I) os organismos financiadores, pagadores e mantenedores da saúde, tanto públicos como privados; (II) aparelho governamental; (III) os profissionais de saúde e, por fim, (IV) o Estado e população. Cada um dos agentes, pois, como linha de forças que transpassam a regulação do sistema, acabando por “determinar o melhor ou o pior resultado da ação das Centrais de Regulação, ora privilegiando os interesses individuais, ora os coletivos, por um lado, e ora os públicos, ora os privados, por outro, em função da rede de tensões que se estabelece” (25; p.121).

Frisa-se, também, que cada linha de força representa um conjunto de valores morais que estão no centro de disputas cotidianas no sistema de saúde e, conseqüentemente, da regulação (25). Isso faz sentido quando refletimos que, na prática, a concretização do acesso à saúde está nas mãos dos trabalhadores e gestores do SUS. Nesse ínterim, o SUS é construído no cotidiano por diversos sujeitos políticos, com diferentes concepções e práticas (26).

Diante do exposto, defende-se que discutir a Regulação do acesso à assistência pode ser objeto de análise bioética, já que envolve relações e interesses humanos que geram conflitos e negociações, predileções e desagradados, tensões entre o público e o privado. A bioética, principalmente a latino-americana, vem discutindo políticas de saúde e, por conseguinte, o acesso à saúde há muitos anos.

Nessa perspectiva, à luz da Bioética da Intervenção, Garrafa, Cunha e Manchola (1) criticam a agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à cobertura universal à saúde, uma vez que se trata de uma política voltada a ofertar acesso à população de um número de procedimentos considerados prioritários pelo país. Assim, essa conformação se mostra como um claro ataque aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde.

Nessa lógica, Ruger (4) defende que é necessário repensar a igualdade de acesso à saúde a partir do objetivo ético de garantir condições sociais nas quais as pessoas tenham a capacidade de serem saudáveis. Já Engelhardt (27) pensa que a saúde deve ser vista como um bem ou serviço, sujeita a critérios mercadológicos, na qual a diferença entre as camadas sociais para acessá-la deve ser moralmente aceita.

Na literatura sobre acesso à saúde e bioética, não foram encontrados textos que apontem a interconexão entre Regulação do Acesso à Assistência enquanto política pública discutida sob a perspectiva da bioética. Sayago e Lorenzo (28) abordaram o acesso global e nacional ao tratamento da hemofilia pelo prisma da bioética crítica, defendendo que o enfrentamento às desigualdades de acesso ao tratamento desse problema de saúde passa por pressão social, estímulo à produção científica, regulação e incorporação de novas tecnologias comprometidas com o direito à saúde.

Por sua vez, Elster e Parsi (29) examinam a ética do acesso à saúde oral durante a pandemia de covid-19, na qual se visualizou uma disparidade no acesso à saúde bucal, além da desvalorização dos profissionais de saúde bucal para o cuidado integral das pessoas. Destarte, Capio-Toia e colaboradores (30) discutem o acesso de pessoas com tuberculose aos serviços de saúde a partir de uma análise bioética sobre as políticas de saúde pública.

Durante a vivência enquanto trabalhadora na gestão da regulação do acesso à assistência em Caruaru, uma questão que sempre chamou a atenção é a interferência dos atores do SUS no cotidiano da regulação. Essa interferência se reflete em diferentes caminhos que as pessoas podem tomar nos serviços de saúde, impactando nos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. A partir de uma autoetnografia, essa pesquisa busca descrever as práticas cotidianas dos atores do SUS nos caminhos desenhados pela Regulação do Acesso à Assistência em Caruaru e analisá-las bioeticamente. De forma específica, é também objetivo dessa pesquisa descrever a implantação da Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames Complementares (NOA-Caruaru), um documento institucional que organiza a regulação da assistência em Caruaru. A análise bioética da regulação se dará a partir de um relato autoetnográfico da construção e implantação desse documento.

1.1 Estrutura da tese

Esta tese estrutura-se da seguinte forma:

- O capítulo 1 introduz os temas da pesquisa;
- No capítulo 2 foi desenvolvido uma síntese da literatura, que aprofunda os temas centrais desta tese: Regulação, Regulação do Acesso à Assistência e Bioética, explicando os pormenores das categorias bioéticas centrais da pesquisa;
- O capítulo 3 detalha a metodologia que foi utilizada para desenvolver a pesquisa;
- O capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa, ou seja, o relato autoetnográfico;
- O capítulo 5 apresenta as discussões, conclusões e considerações finais com um indicativo de continuidade da pesquisa a partir dos achados.

CAPÍTULO 2

2. SÍNTESE DA LITERATURA

Esta síntese da literatura foi realizada a partir da necessidade de aprofundar os temas centrais da pesquisa, quais sejam, Regulação, Regulação do Acesso à Assistência e Bioética, bem como para se apropriar das discussões já estabelecidas por outros pesquisadores e profissionais da saúde que trabalham e publicam suas experiências e ideias. Ademais, o objetivo desta síntese foi conhecer como a literatura discute tais temas, reconhecendo que já pode haver interlocução entre Regulação, Regulação do Acesso à Assistência e Bioética. Assim, a proposta é que o escopo da discussão da pesquisa seja especificado.

Para atingir essas finalidades foram realizadas buscas de artigos indexados em bases de dados (SciELO, LILACS e Scopus), livros de diversas áreas, como saúde pública, saúde coletiva e bioética, além de documentos governamentais ou de setores da administração pública sobre a Regulação. A partir das informações colhidas, estruturamos a síntese apresentando, em sequência, os temas: Regulação, Regulação do Acesso à Saúde e Bioética.

2.1 Regulação

A regulação é uma área de estudo multidisciplinar e bastante ampla, a qual teve suas origens na economia (31). Inicialmente, a regulação estava assentada no desenvolvimento de 'regimes de comandos' para o controle contínuo e direto sobre uma área econômica (31). Todavia, com a ampliação das práticas e teorias sobre Regulação, esse conceito hoje é utilizado em diversas áreas de conhecimento, como antropologia, ciências políticas, sociologia, entre outras.

A noção de regulação se dá, majoritariamente, nas ações de Estados Nacionais e Governos para organizar a vida econômica e social dos países (32). Contudo, a história da regulação, que remonta ao século XIX, conta com o desenvolvimento de instituições especializadas em regulação ou agências de

regulações independentes (32). Desse modo, a regulação atua em setores e atividades que são socialmente valorosas, que repercutem em toda população, e, portanto, necessitam de organização e/ou controle para que os interesses públicos tenham primazia.

As privatizações, no contexto de governos neoliberais do século XX, ajudaram no desenvolvimento das agências reguladoras, mas com o objetivo de ampliar a competição entre empresas. Imputou-se, pois, aos governos, uma redefinição de seus papéis na regulação da vida econômica (33), trazendo um grande impacto para o estudo da regulação. Nessa lógica, sem agências reguladoras haveria uma alteração do monopólio estatal pelo monopólio privado, por exemplo. Essa prática, no entanto, foi criticada por julgarem haver maior burocratização dos processos e majoração de custos.

Diante das críticas, outras tendências de regulação foram propostas, como a desregulação ou regulação descentralizada, regulação de alta qualidade, planejamento racional, avaliação de impacto regulatório, análise de custo-benefício, regulação minimalista, autorregulação ou meta regulação, *compliance*, regulação centrada no problema, entre outras (31). Apesar de diversificadas, há desafios fundamentais na regulação que não são superados nessas propostas: a real independência do sistema de regulação de interesses privados e seu compromisso com eficiência, responsabilidade e justiça social (32).

Nos dias de hoje, a discussão da regulação envolve questões de regulação internacional e democratização e racionalização dos processos de regulação, ainda que com críticas de burocratização e limitação do crescimento econômico e da competitividade (33). Nesse toar, a crise internacional financeira de 2008 trouxe uma preocupação generalizada com o excesso de confiança na autorregulação de organizações financeiras privadas, assim como o fortalecimento do pensamento de que o Estado deve ter ação central na regulação (32).

Apesar de todas as tendências, a regulação não se afasta da noção de controle, limite ou fiscalização. A questão, muitas vezes, é quem maneja esse processo de regulação: governos, estados, população em geral, cientistas, acadêmicos, setores da empresa, organizações nacionais ou internacionais,

agências públicas ou privadas? Outro ponto é: quais instrumentos a regulação tem para fazer suas tarefas: instrumentos legais e éticos, normas internas? (32)

Ampliando a discussão, Majone (33) traz outro ponto central: para além das discussões sobre quem faz regulação e por quais instrumentos, a regulação se estabelece num processo de 'barganha' entre diversos entes. O setor regulado, portanto, sempre negocia com os agentes reguladores as obrigações que devem ser seguidas. Nesse processo de negociação, há vários interesses, muitas vezes destoantes.

A literatura reflete, também, sobre o conceito de regulação, muito bem trabalhado por Black (24). Essa autora conseguiu desenvolver um conceito abrangente, que pode abarcar várias perspectivas. Para ela, regulação é o uso intencional de autoridade para afetar o comportamento de diferentes partes, de acordo com padrões estabelecidos, envolvendo instrumentos de coleta de informações e modificação de comportamento (24). Por sua vez, Baldwin, Cave e Lodge (31) descrevem os diferentes sentidos de regulação que são utilizados em diversas áreas do conhecimento a partir de várias concepções de sociedade, nação, política e Estado. Não é objeto deste texto revisar os conceitos de regulação, mas avalio que o conceito de Black (24) é suficiente para a finalidade da tese, já que consegue abarcar pontos chaves da regulação: intencionalidade, alteração de comportamento, padrões e coleta de informações.

Dando continuidade à discussão, os autores também versam sobre o porquê regular. Há diversas justificativas para regular, quer seja política, econômica, normativa e social. Tradicionalmente, há o argumento de falha do mercado, no qual a regulação serviria para o Estado corrigir essas falhas, como o monopólio, e garantir que o interesse público esteja presente nos setores econômicos (34). Nesse sentido, a regulação serviria para proteger a população da alta de preços, do lucro privado excessivo, da falta de informação, do comportamento anticompetitivo, da falta de produtos, além de outros problemas.

Por outro lado, Prosser (35) avalia que a justificativa de falha do mercado não serve para todos os casos, argumentando que a regulação deve proteger os direitos humanos e a manutenção da solidariedade social. Ele critica, inclusive, o fato de as decisões do mercado serem supostamente técnicas e, normalmente, o setor não considerar a justiça social como motivo para regular uma área econômica. Para o autor, a regulação serviria apenas para proteger

consumidores e não os cidadãos. Prosser (35) também utiliza a teoria social de Durkheim para justificar a regulação, retirando a ideia de que toda sociedade tem as suas atitudes morais, sendo a solidariedade um valor central para a integridade da teia social. Dessa forma, o setor público teria uma responsabilidade primordial de garantir serviços que possuam esses valores.

Para finalizar essa seção, Baldwin, Cave e Lodge (31) pontuam que o desenvolvimento da regulação pode ser explicado tanto por fatores externos (e.g. grupos de interesses, lobistas, ideias hegemônicas), como fatores internos (e.g. cultura institucional, processo de trabalho). Sob esse viés, os autores propõem 4 teorias de explicação da regulação.

A primeira teoria, denominada de teoria do interesse público, afirma que o foco da regulação seria garantir que o interesse público estivesse acima do privado. A crítica a esse ideal surge quando se questiona se o agente regulador é, de fato, desinteressado, pois a influência externa é uma realidade. Ainda, há a teoria dos grupos de interesse, a qual afirma ser objetivo do Estado mediar discussões entre os diversos grupos para se chegar a um consenso que beneficia a todos. Nesse caso, o problema é identificar se tais grupos estão interessados no consenso e diálogo, além de poder haver desigualdades de informações que colocam os grupos em desvantagens entre si (31).

A terceira é a teoria da ideologia, a qual aduz que as ideias têm papel central na execução de ações regulatórias. Questiona-se, porém, a difícil separação entre a força das ideias da força dos interesses. Por fim, a quarta teoria, da instituição, afirma que a regulação encontra foco na organização, conhecimento e preferências das instituições. O ponto negativo é a perda da força dos governos e como explicar as práticas das instituições para todos, inclusive as práticas que são consideradas informais ou convencionais.

2.2 Regulação Assistencial

A regulação da saúde não está apartada do debate geral sobre regulação, apesar de pouco se discutir sobre essa correlação. Ademais, esse problema também é encontrado na literatura da saúde coletiva e saúde pública brasileira em relação à Regulação em Saúde (36).

A Regulação do SUS teve seu estabelecimento enquanto normativa a partir da Política Nacional de Regulação no SUS, lançada em 2008 (21). Contudo, a história da regulação se inicia anteriormente a esse período, sendo bem descrita por Andrade (21) e Mendonça, Reis e Moraes (36). Porém, a maior necessidade de discutir o tema no Brasil surgiu a partir da descentralização e regionalização dos serviços do SUS. A descentralização trouxe os serviços para mais próximo da população, em seu território, e a regionalização fez com que fossem criadas áreas de influência dos serviços, estimulando que se atendessem a uma certa área de abrangência intra e intermunicipal (37). Isso fez com que houvesse a necessidade de articulação entre os diversos pontos da rede de saúde.

Mais recentemente, a proposição da criação das Redes de Atenção à Saúde trouxe discussões adicionais sobre regulação do acesso à assistência (37), já que as redes são temáticas (como, por exemplo, a Rede Cegonha para o cuidado à saúde da gestante e a Rede de Atenção Psicossocial para o cuidado em saúde mental). Além disso, a implantação das Redes envolve várias cidades e macrorregiões no Brasil, com diversidade de pontos que interferem na operacionalidade dos serviços, como a qualidade e a quantidade de equipamentos de saúde, o perfil populacional e a capacidade de financiamento público de municípios e estados para a construção dessa rede (37).

Outrossim, destaca-se que, habitualmente, a regulação no setor saúde acompanha a discussão sobre auditoria, controle e avaliação, se expressando, inclusive, no nome dos departamentos ou setores que desenvolvem essas atividades, como, por exemplo, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (21). No entanto, apesar de entender que, do ponto de vista gerencial, faz sentido a união das atividades de regulação, auditoria, controle e avaliação, elas têm objetivos e finalidades distintas da regulação em si (36).

Em 1996, Contandriopoulos (25) fez um extenso ensaio sobre a regulação do sistema de saúde, considerando e se posicionando sobre diversos aspectos que dialogam com os pontos debatidos na seção anterior. Em sua avaliação, destaca que há crises de regulação envolvendo divergentes concepções e opiniões sobre financiamento, valores e conhecimento sobre regulação, as quais resultam na incompatibilidade entre as diferentes

concepções e opiniões. Essas crises e a falta de consenso entre os atores sociais que engendram o SUS, segundo o autor, fazem com que seja necessária a transformação total do sistema de saúde, a fim de que essas crises não se agravem mais.

Mendonça, Reis e Moraes (36) trazem um dado muito relevante para essa pesquisa e para o conceito e papel do Estado na regulação em geral. De acordo com os autores, a CF do Brasil de 1988 define que os serviços de saúde de relevância pública devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados. Os autores ainda mencionam que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, define a competência da direção nacional do SUS em elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde. A partir dessa premissa, eles defendem que a regulação da saúde é legal e normativa, devendo-se abarcar

um conjunto de ações mediadas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, compreendendo tanto o ato de regulamentar, as regulamentações, quanto às ações que assegurem o cumprimento destas (36:34).

Os autores continuam o argumento afirmando que a regulação no Brasil tem condicionantes singulares, determinados a partir do desenvolvimento do capitalismo no país, que se caracteriza como “um capitalismo tardio, imerso no fluxo do mercado mundial em expansão, marcado pela presença de um Estado protagonista e empreendedor e atravessado por interesses privados e, ao mesmo tempo, de soberania limitada” (36, p. 35). Nesse sentido, fica claro o papel do Estado como principal sujeito social a definir a burocracia e o cumprimento da regulação, mas com limitações próprias de seu desenvolvimento como nação. Ademais, no Brasil, há atores com fortes poderes, como o setor privado de saúde (planos e seguros de saúde), corporações profissionais (conselhos federais e sindicatos) e usuários organizados (conselhos de saúde e associações), o que também singulariza o caso brasileiro dos demais contextos mundiais.

Outrossim, Andrade (21) faz uma análise sobre o conceito de regulação e desenvolve a ideia de que “para a coordenação assistencial, compreende-se a regulação como um conjunto de relações, saberes, tecnologia e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses” (p. 18). Isso posto, os atores sociais, especialmente o Estado, necessitam

desenvolver ferramentas para intermediar essa demanda, com o fito de garantir o acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado.

O papel central do Estado na discussão sobre regulação, e o dissenso entre os diferentes conceitos de saúde, foram também trabalhados por Oliveira e Elias (22), que realizaram uma revisão de literatura sobre o conceito de regulação. Esses autores apontam que, nos artigos sobre regulação, o maior debate se dá na regulação da relação entre o sistema público e o privado, ou seja, entre o SUS e o mercado. Eles afirmam, por fim, que muitas vezes a regulação é pensada, tão somente, em seu campo técnico, afastando-a do debate público.

Já Castro (38) defende que o Estado intervenha na saúde em virtude das falhas do mercado, já que afetam os sistemas públicos e privados de saúde. A autora descreve, detalhadamente, o que considera como sendo as principais falhas de mercado: (a) ocorrência de riscos e incerteza: não há previsão exata de quando e o quanto as pessoas vão adoecer; (b) “risco moral”: tendências de ocorrer excesso de demanda pela disponibilização do serviço e pouco cuidado à saúde; (c) externalidades: a produção de bens e serviços podem chegar em um ponto em que não poderá haver equilíbrio no mercado; (d) distribuição desigual da informação entre produtores e consumidores: profissionais de saúde têm conhecimento sobre como dar continuidade à demanda, enquanto os consumidores podem se ver dependentes da utilização de serviços; (e) existência de barreiras: regulação profissional, restrições de números de exames e procedimentos, dentre outros limitantes para a oferta. Diante disso, o Estado necessita intervir, visto que as falhas são de difícil resolução.

Diante desse foco da necessidade da regulação estatal para o setor da saúde, a literatura versa acerca das oportunidades e desafios da implantação de sistemas de regulação a nível municipal e estadual. Vilarin, Shimiz e Gutierrez (39), Barbosa, Barbosa e Najberg (40), Nascimento e colaboradores (23), Aguilera e colaboradores (41) e Cavalcanti, Cruz e Padilha (42) são pesquisadores e gestores que refletem sobre o tema numa perspectiva de gestão do sistema de regulação. Desse modo, à primeira vista, toma-se como certo que regulação é algo que deve ser comandado pelo Estado, colocando nas mãos de gestores públicos a função de regular. Nesse diapasão, a regulação é

vista puramente como atividade de gestão pública, mesmo que tenha interesses privados atuando no sistema.

Isso pode ser avaliado, inclusive, quando se faz uma análise da Política Nacional de Regulação (9). Nas considerações iniciais, a portaria assegura que o acesso à saúde deve ser equânime, integral e qualificado, além de reafirmar a necessidade de fortalecer a hierarquização, a descentralização e a integração entre os diferentes serviços de saúde. A portaria também traz as três dimensões da regulação do SUS, que já tinham sido discutidas por Mendonça, Reis e Moraes (36):

1. Regulação de Sistemas de Saúde: entes municipais, estaduais e federais devem definir macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. Essa dimensão faz referência ao papel dos governos, em seus diversos níveis, em fixar normas, decretos e portarias que organizem as atividades da regulação, além de atuar na Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Controle Social e Ouvidoria em Saúde, dentre outros;
2. Regulação da Atenção à Saúde: secretarias estaduais e municipais devem garantir a adequada prestação de serviços à população, objetivando a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde. Portanto, a função da regulação é a contratação de serviços privados para sua oferta no escopo do SUS, cadastramento de estabelecimentos e usuários, avaliação da produção, discussão da Programação Pactuada e Integrada, dentre outras ações;
3. Regulação do Acesso à Assistência: tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, dimensão na qual abrange a regulação médica. Essa dimensão evoca o papel da regulação na definição de alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e exames. É também a partir dessa atividade que se geram protocolos, sistemas de referência e contrarreferência e controles de agendas de consultas e outros serviços.

Destaca-se, ainda, que na Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação do acesso à assistência é a única dimensão que tem atribuições detalhadas, o que indica a centralidade desta na política. Mendonça, Reis e Moraes (36) salientam que as ações da regulação do acesso à assistência “tem que estar pautadas pelo interesse público” (p. 49), trazendo à baila a temática já analisada sobre o papel do Estado na regulação.

Por sua vez, Lima (43) desenvolveu uma análise da Política Nacional de Regulação a partir da perspectiva da ciência política, trazendo pontos relevantes para o debate. A partir de uma matriz de análise de políticas públicas, a autora pontua que a Política Nacional de Regulação

Falha, de início, ao não identificar, de forma clara, o problema que enseja a proposta, propiciando, assim, imprecisão quanto àquilo que, em tese, deveria ser posteriormente monitorado, bem como sobre quais instrumentos de intervenção na realidade seriam estratégicos para atacá-lo. Além disso, a lacuna na demarcação do problema interfere no processo de tomada de decisão dos gestores responsáveis pela condução da política, bem como na viabilidade de escrutínio por parte da sociedade (43: 57).

Nesse sentido, a política apresenta um problema de partida em que fica impreciso qual é o óbice central da regulação. Isso gera uma oportunidade para que vários atores interfiram nos processos de regulação, visto que o objeto não está bem especificado. Lima (43) defende, inclusive, uma regulamentação da Política de Regulação do SUS por meio de uma atualização da portaria, a fim de incluir

Um monitoramento baseado em indicadores, bem como de um sistema de avaliação que estabeleça critérios para a consecução das atividades a que se dirige e, por fim, de um sistema de controle robusto que preveja mecanismos internos e externos capazes de verificar e validar se as ações executadas no âmbito da política coadunam com seus objetivos e com as regras às quais se submete (43: 62).

Retomando a discussão sobre os desafios da regulação do SUS, diversos autores listaram os principais problemas da prática da regulação do acesso à assistência, podendo-se citar:

- Fragilidades da APS: Aguilera e colaboradores (41); Cavalcanti, Cruz e Padilha (42); Andrade (21);
- Baixa oferta de serviços da Alta e Média Complexidade e racionamento diante da escassez: Aguilera e colaboradores (41); Cavalcanti, Cruz e Padilha (42); Barbosa, Barbosa e Najberg (40);

- Dificuldades de acessibilidade à tecnologia da informação que apoia a regulação: Barbosa, Barbosa e Najberg (40); Cavalcanti, Cruz e Padilha (42); Vilarin, Shimiz e Gutierrez (39);
- Desarticulação regional: Barbosa, Barbosa e Najberg (40); Aguilera e colaboradores (41); Andrade (21);
- Entes federados não assumem sua competência: Barbosa, Barbosa e Najberg (40);
- Ausência de referência e contrarreferência qualificada e dificuldades da gestão em entender seu papel: Cavalcanti, Cruz e Padilha (42); Vilarin, Shimiz e Gutierrez (39); Andrade (21);
- Influência política que não comunga com os princípios da regulação: Andrade (21); Cavalcanti, Cruz e Padilha (42);
- Falta de padronização dos protocolos e identificação das necessidades dos usuários: Vilarin, Shimiz e Gutierrez (39); Andrade (21).

Para finalizar esta seção, destacamos que o campo da saúde coletiva contempla vasta literatura sobre acesso aos serviços de saúde, como Conill, Giovanella, Almeida (44), Jesus e Assis (45) e Lima e colaboradores (46). Apesar dos textos trazerem discussões essenciais para o debate sobre acesso à saúde, eles não enfatizam as ações da regulação do acesso à assistência como facilitador do acesso aos serviços de saúde. É abundante, também, a literatura sobre acesso à saúde e bioética, como será apresentado na próxima seção. Contudo, a discussão da bioética articulada com a regulação e a regulação do acesso à assistência é tímida.

2.3 Bioética

Inicialmente, é importante afirmar que não faz parte do escopo desse estudo realizar uma revisão histórica da bioética, pois diversos autores já o fizeram de forma apurada (47, 48, 49). Contudo, destaca-se que a bioética brasileira se desenvolveu a partir da interlocução com a saúde coletiva (50) e, por isso, há uma abundante bibliografia sobre problemas da saúde pública brasileira discutidas à luz da bioética (51).

A discussão sobre regulação da saúde e bioética está presente na literatura. As pesquisas de Carvalho, Fortes e Garrafa (52) e Lugarinho (53)

discutem a bioética da regulação da saúde suplementar no Brasil. Por sua vez, Garrafa e colaboradores (54) abordam a bioética na regulação da vigilância em saúde por meio das ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Não obstante, a regulação de medicações e insumos e sua propaganda, bem como a regulação da reprodução assistida e da pesquisa com seres humanos também são objetos de pesquisa com uma perspectiva bioética (55, 56, 57, 58). Contudo, apesar de ser uma literatura que levanta importantes aspectos sobre o ato de regular, as discussões aventam problemáticas distintas da regulação do acesso à assistência.

Por outro lado, o debate bioético sobre o acesso à saúde traz discussões equivalentes com a regulação do acesso à assistência, já que o foco dessa regulação é fortalecer o acesso de pessoas nos serviços de saúde de forma universal, qualificada, equânime e integral, em concordância com princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil. Desse modo, o debate sobre regulação e bioética está mais claro na literatura sobre acesso à saúde e bioética e, por isso, este trabalho foca mais nessa discussão.

A despeito dessa equivalência, destaca-se que saúde é um conceito mais amplo que o de acesso à assistência à saúde. Nesse prisma, a assistência à saúde correlaciona-se com provimento de serviços de saúde (consultas, exames complementares, terapias, cirurgias, dentre outros procedimentos) que protegem, promovem ou reabilitam a saúde, assim como previnem ou curam as doenças. Por outro lado, o conceito de saúde envolve várias dimensões que interferem no ser humano, como sociais, ambientais, ecológicas, biológicas, entre outras, em uma perspectiva que vai para além da ausência de doença (59). Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde não é o único e nem o principal fator para a melhoria da saúde (60; 61). Assim, a literatura em bioética discute sobre acesso à saúde e não a assistência à saúde, enquanto a regulação mais trabalhada nessa pesquisa se aproxima da assistência à saúde. Todavia, como dito anteriormente, decidiu-se por manter a síntese narrativa na discussão da bioética e acesso à saúde pela pertinência do debate para a regulação. Admitese, portanto, a ampliação da noção da assistência à saúde para uma visão sistêmica.

2.3.1 Biopoder e Mercantilização da Saúde

Para iniciar sobre os temas relevantes entre bioética e acesso à saúde, trazemos uma discussão sobre o poder médico na saúde (biopoder) e a mercantilização da saúde. O biopoder é a ideia de que as instituições e organizações – as ciências, o capital, o Estado, nas palavras de Pelbart (62) – determinam e controlam as formas de vida e transformam corpos e subjetividades em aparelhos de (re)produção dos processos econômicos e sociais do sistema capitalista. Para Pelbart (62), “o poder tomou de assalto a vida” (p. 57). O autor vai além e afirma que “o poder já não se exerce desde fora, desde cima, mas sim como que por dentro, ele pilota nossa vitalidade social de cabo a rabo” (62: 58).

A medicina, enquanto ciência, também é um poder que vem sendo bastante estudado por Foucault e diversos outros autores (63, 64). De acordo com Oliveira, Gomes e Siqueira-Batista (65), “a tecnologia bipolar do biopoder – que tem num polo a anatomopolítica do corpo humano (disciplinas) e no outro a biopolítica da população (controles reguladores) – busca investir na vida em todas as suas dimensões” (p. 44), estimulando uma visão do corpo como uma máquina a ser otimizada, disciplinada e produtiva. Para Junges (64), “o biopoder leva a entender o direito à saúde simplesmente como acesso e consumo de tecnologias, esquecendo os determinantes sociais da saúde como um direito dos indivíduos e um dever do Estado” (p. 290). Ademais, a lógica do biopoder negligencia a perspectiva de saúde como direito e afasta as práticas integrais do cotidiano da saúde (64).

Contemporaneamente, a biopolítica ajuda a promover o processo de medicalização e mercantilização da medicina (64, 66). A mercantilização da medicina tem profundos impactos negativos na saúde como um todo e a bioética vem debatendo essa questão (60, 67). Berlinguer (60), por exemplo, afirma que a medicalização e a mercantilização da saúde tornaram as pessoas consumidoras de serviços, ante a cidadãos de direito. Ou seja, em vez do acesso à saúde ser um direito do cidadão, ela é um bem de consumo que pode ser explorado para ganho de recursos financeiros. Rosselot (68), Loewy e Loewy (69) e Sass (70), inclusive, afirmam que a mercantilização restringe o acesso à saúde pois o mercado funciona sob a lógica da oferta e demanda, lucro, eficiência, se afastando de valores como equidade, igualdade e universalidade

do acesso à saúde. Na mesma linha, Callahan (71) aduz que, por motivo ideológico de maximizar as escolhas a partir de interesses individuais, os agentes do mercado estão mais dispostos a tratar com as imperfeições do mercado do que lidar com a interferência do governo na economia. Assim, essa ideologia privilegia o crescimento do mercado e não necessariamente a eficiência, por exemplo.

No contexto da mercantilização da saúde, deixa-se a ideologia do mercado avançar sobre valores médicos, o que contrasta com os princípios da medicina, que supostamente apresenta tendências altruístas (71). Nesse toar, Berlinguer (60) vai mais profundo ao escrever que

Do princípio moral de justiça, que deveria procurar garantir a todos as terapias válidas, mas só estas, passou-se ao racionamento do necessário e dar alguns supérfluos. Fez-se coincidir o conceito de equidade com a solicitação de gratuidade e frequentemente a eficácia dos serviços foi desprezada como 'eficientismo', considerando-a um obstáculo e não uma exigência funcional (70: 41).

Uma das consequências da medicalização e da mercantilização da saúde envolve a valorização excessiva do profissional médico, já que estes são porta de entrada para realização de procedimentos, medicamentos e outros bens considerados de consumo pela lógica do mercado. Tesser (72) chama esse processo de medicalização social. Outrossim, Medeiros e Verdi (73) pontuam que o Estado outorga aos médicos a sua representação quando, por exemplo, apenas esses profissionais podem indicar procedimentos, especialistas e acompanhamentos. Em seu artigo que discute a bioética do direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida, Medeiros e Verdi (73:3134) questionam: “tem o saber médico o direito de isoladamente definir quem está apto ou não a ter acesso ao serviço?”

Apesar do prestígio que a categoria médica goza na sociedade, práticas atuais desses profissionais nos fazem questionar se a execução do saber médico está em benefício das pessoas. Um exemplo recente que pode ser citado é a prescrição indiscriminada de medicações reconhecidamente ineficazes contra a covid-19 para centenas de pessoas, com o apoio de entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (74). Isso demonstra a desonestidade e a falta de integridade e transparência das organizações médicas no cuidado com os pacientes. Fato análogo se dá em relação aos interesses das corporações médicas em promover a industrialização dos atos médicos em detrimento do

cuidado real dos indivíduos e coletividades, algo já reconhecido e exposto pela literatura (67, 72).

A centralidade dos médicos na assistência está refletida também em políticas públicas, a exemplo da PNAB (17), lançada em 2017, quando centraliza no médico as ações de regulação. A política define que

a articulação e implementação de processos que aumentem a *capacidade clínica* das equipes, *que fortaleçam práticas de microrregulação* nas Unidades Básicas de Saúde, tais como *gestão de filas próprias* da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a *comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados*, com *pactuação de fluxos e protocolos*, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros (grifo nosso).

Ainda analisando a PNAB, percebe-se que ela descreve as atribuições de todos os profissionais da atenção básica (AB). Desse modo, é atribuição de todos os profissionais contribuir para a regulação do acesso, por meio da participação na elaboração dos fluxos assistenciais, além de evitar práticas de encaminhamentos desnecessários. No que concerne à enfermagem, é especificada a atribuição de encaminhar pessoas para outros pontos da rede *conforme* fluxo assistencial local. Conquanto, nas atribuições dos médicos, estes devem encaminhar pessoas *respeitando* os fluxos locais. Essa diferente grafia das atribuições de enfermeiros e médicos demonstra a limitação de encaminhamentos feitos pela equipe de enfermagem no caso de não ter fluxo assistencial local. No caso dos médicos, eles só precisam respeitar esse fluxo e, não havendo um, ele poderá continuar a realizar os encaminhamentos. Diante dessas questões, o Estado indica que o maior poder sobre a regulação está nas mãos de médicos.

A partir dos artigos 4 (Benefício e Dano) e 18 (Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas) da DUBDH (13), pode-se tecer importantes reflexões sobre o biopoder, mercantilização e a regulação centrada no médico. Sobre Benefício e Dano, a declaração escreve que

Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas (13).

Nessa perspectiva, médicos e médicas que incorporam a mercantilização em seus ambientes de trabalho têm o potencial de retirar o direito dos pacientes

aos benefícios da ciência do cuidado, assim como maximizam os danos das práticas médicas modernas.

Além disso, o artigo 18 afirma que

Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas.
(13)

Desse modo, os reais interesses de médicos e médicas no cuidado à saúde devem ser transparentes. É explícito nos artigos, portanto, que a atividade em saúde deve estar amparada nos pilares da bioética e dos direitos humanos, preservando seus valores na prática cotidiana.

Destarte, para finalizar a discussão sobre biopoder e mercantilização da saúde, Oliveira, Gomes e Siqueira-Batista (65) afirmam que a bioética da proteção (BP) “poderá se contrapor criticamente – como um antídoto – à biopolítica e ao biopoder” (p. 45). Em seu estudo, esses autores (65) avalia que uma APS pautada pelos valores da BP ajudaria as pessoas a desenvolverem sua capacidade e expandir sua liberdade. De forma resumida, Schramm (75) defende que a BP

se aplicaria aos conflitos morais envolvidos pelas práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos ecológicos, biotecnocientíficos e socioculturais, e que tenta construir convergências em princípio capazes de “dar conta” deles e, se possível, de resolvê-los. Dito de outra forma, a bioética de proteção pode ser vista como uma caixa de ferramentas conceituais, argumentativas e normativas que: 1) se ocupa de [descrever e compreender os conflitos] da maneira mais racional e imparcial possível e que; 2) se preocupa em resolvê-los, propondo [ferramentas normativas adequadas] para proscriver os comportamentos considerados incorretos e prescrever aqueles considerados corretos e; 3) graças à correta articulação entre (1) e (2), [fornecer] os meios [práticos] capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais (ver 75: 132).

Para Schramm (75), os indivíduos envolvendo nos conflitos podem ser divididos em agentes morais, que são “os autores dos atos e que são, em princípio, responsáveis por eles e pelas suas consequências” (75, p. 131) e pacientes morais, que são os destinatários dos atos dos agentes morais

que podem ser vistos, em determinadas situações, não somente como genericamente vulneráveis (como todos os seres mortais), mas como efetivamente vulnerados, como pode ser o caso quando tais pacientes

não possuem nenhum tipo de “empoderamento” capaz de enfrentar as consequências negativas das práticas dos primeiros, nem a assistência necessária por parte do Estado (75: 131).

Nesse viés, a BP defende que proteção significa dar condições de vida para que cada indivíduo e coletividade tome suas próprias decisões de forma autônoma, com a ressalva de que os vulnerados necessitam desenvolver as competências necessárias para assim o fazerem. À vista disso, “o princípio de proteção implica, necessariamente, o dever da eficácia nas intervenções sanitárias, mesmo que isso signifique restringir a autonomia individual ante a qualidade de vida de determinados coletivos” (76, p. 362). Assim, a BP faz uma defesa clara de que as populações que são vulneradas, ou seja, aquelas colocadas em situação de vulnerabilidade por questões ambientais, econômicas, de discriminação, entre outras, devem receber especial atenção do poder público para a atender às suas necessidades em saúde (11), tornando a BP uma caixa de ferramentas teóricas e práticas para entender os conflitos da saúde pública, pontuar os interesses e valores envolvidos nesses conflitos e propor mudanças (75).

2.3.2 Direitos Humanos, Justiça e Acesso à Saúde

Direitos humanos e acesso à saúde é um tema profundamente debatido na bioética e vários recortes são apresentados. Gómez (77) faz um recorte histórico sobre o direito ao acesso à assistência médica e afirma que as primeiras ações de assistência à saúde gratuita foram na idade média, a partir da ideologia cristã de caridade. A Revolução Russa de 1917 elevou a assistência à saúde a nível estatal, a partir da ideia comunista de justiça distributiva. Com o tempo, o próprio sistema capitalista observa a necessidade de garantir o direito à assistência para atender às demandas sanitárias de suas forças produtivas (77).

Hoje, o globo experimenta uma diversidade de formas de garantir o direito à assistência. Conquanto, a oferta de serviços ainda é balizada pela discussão sobre eficiência-custo-benefício, o que, em grande monta, reverbera em sistemas de saúde excludentes e elitistas. Nesse sentido, a assistência é marcada pela prevalência da lei da oferta e demanda, a qual objetiva o acúmulo de capital em detrimento do bem-estar social (77). Assim, Gómez (77) defende

que o direito à assistência deve passar pelo valor da solidariedade para promover um sistema que garanta igualdade de status de saúde.

Berlinguer (60) critica o pensamento hegemônico em torno do acesso à saúde, sintetizado por Engelhardt Jr, de que “Não existe um direito humano fundamental à provisão de assistência médica nem à provisão de um mínimo aceitável de assistência médica” (60, p. 72). Berlinguer continua afirmando que, na prática, a discussão sobre acesso à saúde é baseada em quatro finalidades consideradas inconciliáveis entre si: “1) a provisão da melhor assistência possível a todos; 2) a provisão de assistência igual a todos; 3) a liberdade de escolha tanto de quem fornece assistência médica quanto de quem a recebe; 4) a contenção dos custos da assistência médica” (60, p. 72). Em seguimento, o autor afirma que essa visão está moralmente desgastada, pois “quando tal direito [à saúde] é negado, aumenta a parcela considerável de sofrimento que é social e tecnicamente evitável; e à doença, que de per si é fonte de tormento, junta-se imerecida punição” (60, p. 76). Sob essa ótica, a negação do acesso à assistência ensejaria uma punição social às pessoas que vivem com alguma enfermidade.

No Brasil, a partir do estabelecimento do SUS na CF de 1988, é estabelecida a ideia de que o acesso aos serviços de saúde deve ser promovido pelo Estado, já que a Carta Magna concebe o Estado como promotor do bem-estar social (1). Nesse ínterim, Garrafa (49) afirma que o SUS é uma política de acesso à saúde bioeticamente justificável. A DUBDH (13) menciona, em seu artigo 14, que a “promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos” e “o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar o acesso a cuidados de saúde de qualidade”. Diversos autores (1, 78, 79, 80, 81) corroboram com a declaração, afirmando que os estados nacionais têm o papel de facilitar o acesso à assistência à saúde e ainda destacam que a negação desse acesso é uma violação dos direitos humanos.

No que concerne à moralidade do acesso à saúde e à assistência, há uma diferença considerável entre diversos países do mundo (3, 68). Scott (81), por exemplo, escreveu um ensaio sobre como debates públicos sobre a moralidade do acesso à assistência à saúde em casos dramáticos (por exemplo, mulheres em trabalho de parto e pessoas criticamente doentes) divulgados pela mídia nos Estados Unidos da América (EUA) influenciaram a legislação do país, levando à

ampliação na oferta gratuita de determinados serviços de saúde. Ademais, outros estudos destacam o papel do Estado como principal agente para assegurar que as pessoas tenham acesso à assistência à saúde, destacando a abertura e manutenção de serviços de saúde, ou mesmo facilitando a aquisição de planos de saúde (28, 29, 30, 61, 68, 69, 70). Em contraposição, há questionamentos se o poder público deve, de fato, assumir essa responsabilidade (82, 83, 84), indicando que isso coloca o Estado em uma posição paternalista em relação aos cidadãos e retira o direito à liberdade das pessoas (85).

Norman Daniels (80) adentra o debate defendendo que beneficiar os mais necessitados através da oferta de serviços de saúde é bioeticamente defensável a despeito dos custos elevados desses serviços. Nessa mesma linha, Berwick (86), inclusive, advoga que, para além dos determinantes sociais da saúde, deve-se acolher os determinantes morais da saúde, como a promoção da solidariedade e o combate ao racismo, à exclusão social e à violência. Pauly (87) também traz os mesmos valores ao enfatizar a necessidade de um olhar específico para o acesso à saúde da população de rua, criticando a utilização do modelo biomédico centrado na doença como ponto de constrangimento do acesso aos cuidados médicos. Erich e Roberta Loewy (69) pontuam, ademais, que os bioeticistas norte-americanos geralmente negligenciam os determinantes sociais da saúde e os valores que possam fortalecer a justiça no acesso à saúde.

Outros pesquisadores da bioética corroboram com a ideia da garantia de um sistema de saúde justo, que acolha as vulnerabilidades sociais e individuais. Puyol (61) e Jotkowitz e Porah (88) analisam que, mesmo em condições ideais de justiça na distribuição de recursos e de acesso aos serviços de saúde, os determinantes sociais de saúde que afligem a população mais pobre não deixam de impactar negativamente na saúde dessas pessoas. Não obstante, Puyol (61) aduz que para diminuir as desigualdades no status da saúde da população é necessário a priorização dos mais vulneráveis no sentido de resolver seus problemas sociais, sendo esta a verdadeira justiça. Em consonância, a DUBDH (13) faz referência à justiça dentro do artigo 10, unindo esses conceitos à igualdade. Sob essa premissa, o conceito de justiça perpassa pela defesa da garantia de igualdade entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos. Essa igualdade levaria à justiça e à equidade.

Outrossim, Gustavsson (89), Go (90), Beauchamp e Childress (8) discutem detalhadamente o conceito de justiça a partir do acesso à assistência à saúde e da alocação de recursos escassos, trazendo variadas perspectivas. Fortes (91) detalha, também, considerações de bioeticistas os quais defendem que, em casos de recursos escassos, estes devem ser utilizados de forma prudente. Em outro trabalho, Fortes (92) confirma a necessidade de bom senso, mas lembra que “decisões neste campo envolvem a ideologia e os valores morais de uma determinada sociedade, além de fatores políticos, econômicos, culturais e legais” (p. 696). Powers e Faden (93) particularizam as diferentes gerações de pensadores sobre justiça e análise de custo e efetividade em relação à oferta de serviços de saúde, concluindo ser impossível analisar uma perspectiva sem considerar as demais, assim como o acesso à saúde deve ser baseado em alguma teoria de justiça.

Em uma perspectiva mais integral de saúde e de acesso à assistência, Kotalik e Matin (94) tecem uma crítica à utilização da concepção de direito à saúde apenas na perspectiva ocidental, a qual ignora a moral dos povos originários norte-americanos, como o desenvolvimento de virtudes e os ensinamentos espirituais. Para os autores, a forma ocidental de ver o direito à saúde tem a finalidade de minimizar a complexidade, ambiguidades e emoções que normalmente fazem parte dos dilemas bioéticos. Nesse mesmo sentido, Padela (95) desenvolve uma concepção muçulmana do direito ao acesso à saúde, que, ao seu ver, comunga com diversos pontos trazidos pela DUBDH, mas fundamentada em outras teorias.

Alinhados à diversidade da discussão sobre acesso à saúde na literatura bioética, muitos autores abordam as variáveis que influenciam esse acesso. Sayago e Lorenzo (28), Elster e Parsi (29), Kouri e colaboradores (5) e Monteiro e Castillo (85) destacam que as iniquidades sociais também se expressam no desigual acesso aos serviços. Desse modo, questões de raça, gênero, classe social, patologias graves e raras e outras formas de discriminação também impactam negativamente no acesso aos serviços. Para além disso, Rocha e colaboradores (96), quando discutem sobre acesso à saúde por imigrantes no Brasil, destacam que nem sempre o poder público identifica a necessidade desses cidadãos. Valim, Daibem e Hossne (2), inclusive, defendem o acesso qualificado e facilitado à saúde de pessoas do sistema prisional, enquanto

Gusmano (83) advoga por imigrantes não documentados nos Estados Unidos terem garantia de acesso aos serviços de saúde.

Aprofundando a questão de diversidade e acesso à saúde, Rentmeester (97) sustenta que a bioética pós-colonial ajuda a evidenciar que as visões tradicionais da bioética (princípioalismo e deontologia, por exemplo) não destacaram a intersecção entre racismo e injustiças étnicas para pessoas com transtorno mental. Cook e Hoas (98) também criticam a extrema racionalização no desenvolvimento da bioética norte-americana, a qual desconsidera os valores afetivos e emocionais que são importantes para lidar com os desafios bioéticos em áreas remotas rurais.

Diante dessa discussão sobre direitos humanos, justiça do acesso à saúde e à assistência, trazemos o conceito de solidariedade crítica, um dos marcos epistemológicos da BI (99), como marco conceitual que ajuda a propor encaminhamentos para as questões levantadas. Primeiramente, a solidariedade faz parte da DUBDH (13), a partir do artigo 13 (Solidariedade e Cooperação): “A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas”. O texto de Garrafa e Soares (12) faz uma reflexão aprofundada acerca da solidariedade a partir desse artigo da declaração. De acordo com os autores, há três formas contemporâneas de entender solidariedade: (a) solidariedade assistencial, (b) solidariedade crítica e (c) solidariedade radical. A primeira tem como característica o modelo assistencial que não aborda criticamente o motivo das desigualdades entre os grupos e, assim, não contribui para qualquer mudança no status social e econômico, por exemplo, de indivíduos e coletividades. A solidariedade crítica, ao contrário, caracteriza-se por estimular a capacidade dos agentes em discernir, ou seja, “em possuir critérios capazes de ajudá-lo a discriminar as dimensões sociais e políticas indissociavelmente presentes na relação solidária” (12, p. 254). A solidariedade radical se diferencia das demais por defender que a solidariedade está nas esferas de obrigações e responsabilidades pessoais de quem tem recursos em excesso. Nesse sentido, ela opera mais num campo individual do que coletivo ou público.

A BI acolhe o conceito de solidariedade crítica, visto que a

Solidariedade crítica significa mais do que uma doação, ajuda ou ato caridoso: é um ato programático orgânico e coletivo, executado a partir do compromisso sociopolítico bilateral dos atores envolvidos no

processo de doação e recepção. Diferentemente das outras duas (assistencial e radical), propõe ações transformadoras do status quo daquelas pessoas que estão do lado mais frágil da equação, que possam contribuir concretamente para a melhoria de suas vidas e ajudá-las efetivamente a libertar-se das amarras que as mantém marginalizadas do desenvolvimento societário mundial (12: 256).

Outrossim, Selli e Garrafa (100) sintetizam o conceito de solidariedade crítica, diferenciando-o de outros conceitos que muitas vezes são considerados sinônimos:

É um valor próprio da pessoa humana, que tem origem em sua dignidade; independe de determinações, prescrições e crenças religiosas, que criam comunidades morais distintas e, na maioria das vezes, antagônicas. É, tal como os direitos civis (vida, liberdade, direito de expressão etc.), um valor universal; é exercida pela pessoa, na sociedade civil, e exercê-la independe, portanto, do papel de cidadão, de crente etc.; é praticada entre pessoas que comungam tanto idênticas quanto diferentes moralidades; sua prática deve estabelecer uma relação horizontal (unívoca); situa-se entre a ideia de imparcialidade – ser movido pelo bem geral do outro – e a ideia de benefício mútuo – reciprocidade (100: 234-235).

Assim, a solidariedade apresenta outros elementos fundamentais: alteridade, organicidade, diversidade, libertação, engajamento, integralidade, dignidade, compromisso, responsabilidade, comprometimento, tolerância, cuidado (101). Observando o debate sobre direitos humanos, justiça e acesso à saúde, a solidariedade crítica traz propostas que podem envolver esses elementos em disputa com valores que ajudam a direcionar as prioridades e produzir sínteses que norteiam políticas públicas que valorizem o SUS, promovam a diversidade, diminuam as desigualdades e, por fim, priorizem as pessoas vulneradas.

2.4 Síntese do Capítulo

Diante das discussões apresentadas, pode-se fazer uma síntese a fim de orientar a análise da pesquisa. Foram eleitas duas categorias bioéticas para serem trabalhadas nessa pesquisa, sendo elas: (a) princípio da proteção aos vulnerados definido pela BP (11), a partir da discussão sobre o biopoder e mercantilização da saúde; (b) solidariedade crítica, como trabalhada pela BI (12), a partir do debate sobre justiça e direitos humanos. Ainda, os artigos 4, 10, 13, 14 e 18 da DUBDH (13) também entram no contexto a partir dos dois elementos principais. Essas categorias vão permear a discussão sobre a regulação da

assistência e podem trazer um olhar aprofundado sobre as relações que se estabelecem na prática da regulação em um município de médio porte no interior de Pernambuco.

Um contexto complexo permeia a regulação, indo para além de suas questões normativas, sendo aqui discutido o âmbito prático da regulação. Irrefragavelmente, vários conflitos se estabelecem nessa relação e, a partir disso, a bioética pode ajudar a refletir de forma mais abrangente sobre essas dissidências, não apenas no sentido de resolvê-las, mas caminhar para uma confluência de ações que ajudem a regulação a se fortalecer na teia do sistema público de saúde no Brasil.

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGIA

O objetivo deste capítulo é descrever a metodologia e os métodos utilizados no processo de investigação. Aqui, pretendemos esclarecer quais caminhos foram eleitos para desenvolver o raciocínio apresentado neste trabalho, passo fundamental para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa com compromisso ético e rigor (102). Este estudo percorre o campo da pesquisa qualitativa, que abraça a interpretação das relações sociais como forma de adicionar conhecimento à vida (102). A autoetnografia (14) foi a forma escolhida para explorar esse campo e a abordagem que agrega valor (103) é a maneira como vamos analisar criticamente os dados do estudo.

Levo na bagagem vários itens que influenciam a caminhada: identidade (104), motivação (105), contexto (106) e ética em pesquisa (107). Para ser coerente com o método, apresento em primeira mão essa bagagem. Todos os pertences que apresento estão presentes na jornada de forma transversal e justificam algumas escolhas feitas no método e na análise. Ademais, esse

posicionamento é compatível com a ideia de reflexividade, que é o processo do pesquisador se apresentar enquanto sujeito da pesquisa e monitorar o impacto de suas experiências, vivências, desejos e vontades na criação do conhecimento (108).

3.1 Identidade

Quando o “eu” busca fazer um relato de si mesmo, pode começar consigo, mas descobrirá que esse “si mesmo” já está implicado numa temporalidade social que excede suas próprias capacidades de narração; na verdade, quando o “eu” busca fazer um relato de si mesmo sem deixar de incluir as condições do seu próprio surgimento, deve, por necessidade, tornar-se um teórico social. A razão disso é que o “eu” não tem história própria que não seja também a história de uma relação – ou conjunto de relações – para com um conjunto de normas. (109: 18)

Evitei até o momento utilizar a primeira pessoa no texto, porque sei que os conhecimentos e as ideias trazidos até então não são apenas meus. Essas premissas trazidas em relações – como diálogos que são – não são algo que têm apenas eu e, sim, nós. Contudo, penso ser razoável afirmar que a minha identidade é uma bagagem que primordialmente eu carrego, por mais que vários itens levados sejam algo compartilhado e/ou colocado pelo meio em que vivo e pelas relações que estabeleço. Trago também em mente algo que Calafell (110) defende: é irrealista utilizar um método de pesquisa crítico, como a autoetnografia, e escolher quais aspectos da identidade são importantes para explorar. Portanto, não irei estabelecer qualquer critério sobre qual parte da minha identidade é mais importante. Sendo assim, apresentarei o que penso sobre minha identidade, e o leitor poderá se sentir livre para identificar o que julgar relevante.

Sou filha do meio de três irmãs, todas nascidas no início da década de 1980. Tenho um pai e uma mãe casados desde esse período. Somos todos brancos e de classe média alta, apesar da origem humilde do meu pai. Meus pais tiveram filhos muito jovens, ainda cursando a faculdade de medicina. Por mais que o contexto do início da família fosse muito difícil, nunca faltou apoio dos meus avós e tios. Com o tempo, sendo médicos, brancos, trabalhadores dedicados e muito sortudos, conquistaram seu espaço no mercado de trabalho e conseguiram criar as filhas com um conforto financeiro muito melhor do que a

vasta maioria dos brasileiros. Somos uma família estável, sem grandes crises para além das habituais de quem convive muito próximo. Somos parceiros de vida, na qual compartilhamos muita intimidade e afetos.

Meu pai é de Moreno, cidade da região metropolitana de Recife, enquanto minha mãe é de Vitória de Santo Antão, município do Agreste pernambucano. Meu pai nasceu em uma família pobre, com o pai sendo dono de um pequeno bar em Moreno e a mãe cozinheira do bar e do lar. Por outro lado, minha mãe vem de uma família abastada, com o pai médico e político e a mãe advogada e funcionária pública. As origens sociais diversas dos meus pais me fazem pensar que eles enfrentaram desafios diferentes na infância e adolescência e, por isso, conseguiram imprimir nas filhas essa complexa realidade de forma leve, porém, contundente.

Todas as filhas nasceram em Recife, mas ainda bebês fomos morar em Moreno, onde meus avós paternos ainda residiam. A época vivendo em Moreno, para mim, foi marcada pelo fato de sermos bastante conhecidos na cidade, ao passo que andar na rua era escutar: “olha a filha da doutora e do doutor”. Isso me fez ter um sentimento de rejeição à cidade, já que não gostava de ser apontada. Ainda morando em Moreno, fomos estudar em Recife, a fim de ter uma formação escolar melhor, o que me fez distanciar ainda mais afetivamente de Moreno.

Voltamos a viver em Recife em 1996, quando já era adolescente, para ficar mais próximo da escola. Com a chegada da adolescência, minha mãe queria que as filhas tivessem liberdade de ir e vir, e a cidade grande poderia oportunizar mais contato com o mundo exterior. De fato, foi libertador morar em uma cidade grande, com acesso a diversas culturas e artes, festas e amizades típicas de adolescentes de classe média alta. Foi também em Recife que todas as filhas fizeram curso superior.

Decidi fazer medicina depois de ter feito um teste de orientação vocacional, tanto na escola, quanto com uma psicóloga especializada. Cursos da área da saúde, educação e humanas estavam nos cursos mais indicados pela psicóloga, de acordo com minha personalidade, mas medicina não estava. Quando perguntei o porquê de a medicina não estar incluída, a psicóloga falou que os testes tinham identificado insegurança, e que era importante os médicos serem seguros. Isso, então, me fez sentir desafiada: se precisava resolver a

minha insegurança para ser médica, iria resolver. E assim foi feito: iniciei a terapia e comecei a estudar com mais afinco para o vestibular de medicina. Depois de três tentativas, entrei no curso de medicina almejado em 2002.

Pensando hoje sobre as emoções que dominavam nesse período, avalio que estudar para superar os outros era muito angustiante, pois sabia que estava competindo por vagas. Eu nunca gostei de competir. Identificar os erros que havia cometido nas edições anteriores do vestibular para poder melhorar foi a minha principal estratégia para pensar que eu precisava me superar, e não aos outros.

Durante a faculdade, não me dediquei à parte de pesquisa e extensão, mas fiz parte, de forma ativa, do movimento estudantil de medicina (MEM), a nível local, nacional e internacional. Desde a minha adolescência, já sabia que me interessava por política. Assim, o MEM me possibilitou experimentar essa área na vivência com colegas, médicos, professores, políticos, sindicalistas, conselheiros e muito mais.

Além disso, viajei para muitas partes do país e do mundo, onde fui participar de eventos e representar os estudantes de medicina. Considero que minha experiência no movimento estudantil foi determinante para minha formação cidadã, tendo reverberado fortemente em quem sou hoje.

A partir do MEM criei habilidades para falar em público, expressar minhas opiniões, articular apoios, apaziguar conflitos e resolver problemas. Assim, aprendi a estar no meio de um debate público e trabalhar para as mudanças que gostaríamos que fossem feitas. Em termos emocionais, penso que fui muito feliz durante a faculdade. Pouco me lembro das partes chatas da graduação, como as provas, aulas extensas, muitas tarefas etc. O que ficou foi um sentimento de agradecimento por tudo que vivenciei e pela coragem por ter “metido a cara” para fazer muita coisa.

Em 2008, imediatamente após minha formatura, fui trabalhar em Olho D'água das Flores, município do interior de Alagoas, em uma Unidade de Saúde da Família rural. Nessa época, eu já sabia que queria fazer a residência médica em Medicina de Família e Comunidade e já estava planejando fazer a seleção para entrar na residência. Foram 7 meses de muito trabalho, no sentido de iniciar meu contato com uma comunidade carente, porém muito resiliente.

Conquanto, o cansaço de pegar a estrada de Recife para o interior de Alagoas me fez solicitar transferência para outra unidade de zona rural, desta vez em Cabo de Santo Agostinho, cidade da região metropolitana de Recife. Foram mais 7 meses de convívio com uma comunidade ainda mais empobrecida que a anterior, pois a região era dominada pela produção de cana de açúcar. Desse modo, os empregos só surgiam em época de moagem (setembro a março). As emoções dominantes nesse período eram de tristeza ao ver os desafios da vida real das pessoas, mas também de satisfação por estar contribuindo, ainda que minimamente, com aquela comunidade ao ofertar o meu conhecimento médico.

A minha vida deu uma reviravolta quando decidi acompanhar um namorado da época que foi fazer mestrado em uma universidade no Canadá. Na época, me inscrevi para fazer mestrado em três universidades canadenses, tendo sido aprovada em todas. Assim, decidi entrar na universidade mais próxima da cidade onde estava meu namorado.

Em outubro de 2009, me mudei para o Canadá para fazer o mestrado em Promoção da Saúde pela Universidade de Western Ontario (UWO), na cidade de London, na província de Ontário¹. De novo, outra experiência marcante na minha vida. Pela primeira vez, não tinha o privilégio de ser branca. Ainda mais, era imigrante e falava inglês cheio de sotaque. Apesar disso, permanecia no privilégio de ter a oportunidade de vivenciar uma universidade no exterior. Entendendo isso, agarrei a oportunidade para desenvolver novas habilidades, que também me constituem até hoje, como flexibilidade, capacidade de superação e empenhar o meu máximo em uma tarefa.

A experiência do mestrado me fez entender e aceitar que eu gosto de estudar. A inquietação que tenho em aprofundar pensamentos e reflexões é essencialmente intelectual². Escrevi a dissertação em inglês (Health Promotion,

¹ Devo a aprovação no mestrado à Lilian Magalhães, professora brasileira da UWO, que ligou para mim em junho de 2009, oportunidade em que marcamos um almoço presencial em London/ON com Anita Kothari, coordenadora do programa à época, para agosto de 2009. Nessa ligação, falei que estava indo para o Canadá em agosto para fazer um curso intensivo de inglês e, então, marcamos o almoço. Na ocasião, ela também aceitou ser minha orientadora. Hoje, percebo que esse acolhimento é próprio de nós, brasileiras. Então, as universidades estrangeiras se beneficiam muito em ter professores brasileiros em seu quadro. Ademais, o fator sorte está presente nessa situação também.

² Ao escrever esse texto, lembro que uma das primeiras informações profissionais que fui buscar nos primórdios da internet foi como acessar o Instituto Rio Branco para a formação de diplomata. Na minha

Organization Empowerment and Health promotion: a case study), numa época em que não existiam plataformas de tradução de textos na internet. Penso que consegui colocar o meu espírito latino na dissertação e nas atividades que fiz durante o mestrado, visto que minha atividade exclusiva era estudar. Então, aproveitei muito para fazer vários cursos ofertados pela universidade (ao todo foram 72 horas de cursos), além de cursar uma disciplina a mais do que era estabelecido pelo programa, bem como ser ouvinte de outra disciplina e trabalhar como voluntária de um reforço escolar para crianças e adolescentes imigrantes.

Mesmo diante das dificuldades pessoais (separação do namorado, saudades da família), consegui manter o foco no que tinha me feito ir morar no Canadá e concluí o mestrado com elogios. Ainda hoje lembro perfeitamente como foi o dia da defesa. Me recordo da solidão por não contar com o apoio emocional da minha família e amigos naquele instante, mas também relembro bem o acolhimento renovador da minha orientadora brasileira. Ela garantiu, ainda, a presença de outra brasileira na banca, o que facilitou esse momento³. Os sentimentos envolvidos nesse período são mistos: sentir saudades do Brasil, da minha família e dos amigos, além da solidão cultural de nada lá “ter a minha cara” e, ao mesmo tempo, gostar do frio, da estrutura da universidade e da língua.

Saber que um mundo sem tanta desigualdade social, violência urbana ostensiva, transporte público acessível e universidades bem estruturadas me fez perceber que outra realidade, extremamente diferente da brasileira, é realmente possível. Não obstante, também vi que sou muito brasileira e não queria estar em um lugar em que eu sabia exatamente o que esperar das pessoas e o que as pessoas poderiam esperar de mim do ponto de vista cultural, mesmo que eu não concordasse com essa expectativa e desejasse ser um agente dessa mudança de expectativa.

Ademais, apesar de gostar de inglês e me sentir competente nele, minha experiência na língua é acadêmica. Então, tinha dificuldades em utilizar o inglês

imaginação, ser diplomata era ser intelectual. Hoje, como professora, percebi que construí essa carreira intelectual e não precisei fazer o curso no Instituto Rio Branco.

³ Um fato cômico, porém, sintomático desse acolhimento, é que quando recebi a notícia da aprovação, na frente de toda a banca, comecei a chorar e a falar português (fiz isso sem perceber; hoje sei que só consigo expressar minhas emoções em português). Para a minha salvação, tinham duas brasileiras que me compreendiam e podia explicar para os demais presentes na banca o que eu estava falando. Claro que depois pedi desculpas pela gafe.

no dia a dia e saber de todas as nuances da utilização de palavras e expressões idiomáticas. Desse modo, gostaria de estar em um lugar que as pessoas me compreendessem com mais sutilezas e, por isso, voltar para o Brasil foi igualmente marcante à minha ida ao Canadá.

Na volta para o Brasil, em 2011, fui trabalhar em uma Unidade de Saúde da Família em Moreno, passando logo depois no concurso da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Universidade de Pernambuco (UPE). Iniciei o programa em 2012, tendo a oportunidade de aprender com uma comunidade urbana, pobre e violenta. Nesse contexto, aprendi que a violência do Estado é maior e mais agressiva do que qualquer outra forma de violência oriunda das pessoas da comunidade. Minha residência foi de muita frustração pelas lacunas na estruturação do programa, mas também de muita dedicação para superá-las. Me expor sem medo de aplicar as ferramentas da medicina de família e comunidade numa USF é algo que marca a minha formação e meu afeto diante da especialidade.

Ser médica de família e comunidade define, hoje, muito do que sou e represento. Gosto muito de dar aula sobre a especialidade e, mais ainda, da visão ampliada do cuidado que norteia a MFC: escuta e observação atenta ao paciente, famílias e as coletividades; atuação comprometida com a melhoria da saúde das pessoas; abordagens transdisciplinares; trabalho em equipe. Claro que nem todos os especialistas comungam exatamente desses valores, mas são eles que me aproximaram da especialidade, além de terem tornado a MFC brasileira tão singular e única no mundo.

Nesse toar, no ano de 2013 abriu o concurso para ser professor efetivo do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no Campus de Caruaru, uma escola aberta a partir do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Fui aprovada no concurso e, desde novembro de 2013, venho trabalhando e vivenciando intensamente a universidade, além de ocupar cargos de gestão, como a coordenação do curso, do programa de monitoria e das residências médicas. Assim, ser professora é outro aspecto central na minha vida.

Minha dedicação e liderança no curso são bastante conhecidas e, de fato, gosto muito do que faço na universidade. Contudo, tenho sentimentos mistos em relação à universidade: ao mesmo tempo que valorizo o grupo de pessoas que

a fazem, vejo que as mudanças necessárias para realmente aumentar a qualidade e inserção social dos cursos ocorrem a passos tão lentos, que é desmotivador continuar na docência. No momento que escrevo este parágrafo, os professores e técnicos de várias universidades do Brasil, incluindo na UFPE, estão em greve por recomposição e valorização da carreira. A desvalorização desse setor do funcionalismo público brasileiro é também desmotivadora.

Ademais, penso no desperdício do potencial de diversos professores, técnicos e estudantes que são muito qualificados, mas não dispõem de estrutura física e apoio financeiro para ampliar e aperfeiçoar ações de ensino, pesquisa e extensão. Porém, ainda persevera um sentimento de poder colaborar com aquilo que posso, dentro das limitações pessoais e institucionais.

Em julho de 2014, fui contratada pela SMS para trabalhar no setor de Regulação, Avaliação e Controle. Foi a minha primeira experiência como gestora do SUS. Em 2021, eu e vários profissionais da rede fomos desligados por causa da decisão da prefeitura, supostamente em resposta a um termo de ajustamento de conduta assinado com algum órgão de controle do estado (nunca ficou claro para os servidores essa questão). Mas em maio de 2022 fui contratada por meio de uma seleção pública. Contudo, o meu vínculo, no momento, é com o Núcleo de Educação Permanente (NEP), um setor diferente da regulação. Foram 7 anos de trabalho como médica reguladora no setor de regulação. Como esse trabalho é o principal objeto dessa pesquisa, nas próximas seções dedicar-me-ei a explorar com mais detalhes essa vivência.

Destarte, para finalizar essa parte, vou tentar me apresentar em alguns pontos que até agora não foram explorados. Sou espírita, mas não faço parte de nenhum Grupo Espírita. Adoro cozinhar e praticar atividade física, sendo esses os meus passatempos favoritos. Cuidar do meu corpo e da minha saúde mental é uma prioridade, por isso faço psicanálise, acupuntura, florais, aromaterapia, dentre outros. Adoro viajar e conhecer lugares novos, tendo como meus principais companheiros de viagem os meus pais. Sou solteira e não tenho filhos, mas sou tia 4 vezes. Sou mulher cisgênera, branca e heterossexual e reconheço todos os privilégios envolvidos nessa questão. Sou vegetariana porque me preocupo com o meio ambiente. Tenho várias amigas e amigos que preenchem meu coração de muito amor e companheirismo.

Minhas posições políticas são claras, estando mais alinhadas com o que hoje é chamado de esquerda, ou progressismo, ainda que não seja militante em partidos e outras agremiações políticas. Apesar de ser médica, não tenho filiação ideológica com a minha categoria e faço críticas às suas posições conservadoras e retrógradas em qualquer oportunidade. Também considero que sou uma pessoa séria, reservada e diligente. A minha parte “extrovertida” se apresenta mais no trabalho, ao falar em público, do que na vida pessoal. Sendo assim, a proposição de fazer uma autoetnografia é um ato de coragem, tendo levado esse ponto algumas vezes para ser debatido na terapia. Por fim, me identifico muito com uma parte do poema “A Tabacaria”, de Fernando Pessoa (111), pelo heterônimo Álvares de Campos:

Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.
(...)
Que sei eu do que serei, eu que não sei o que sou?
Ser o que penso? Mas penso ser tanta coisa!
E há tantos que pensam ser a mesma coisa que não pode haver tantos!
(112: 256)

Depois de escrever tudo isso, me deparo com a frase de Butler (109), afirmando que “quando dizemos que nos conhecemos e nos apresentamos, fracassamos em algum aspecto que, não obstante, são essenciais para a nossa identidade” (p. 60). Experimento, assim, o limite do saber (109). Algo sobre mim escapa ao meu conhecimento e, por isso, preciso estar em um lugar de humildade e generosidade.

3.1.1 Contexto Pessoal Durante a Pesquisa

A ideia da pesquisa e da metodologia surgiu antes de iniciar o doutorado. Entrei em contato com a autoetnografia durante uma disciplina do mestrado e achei muito legal a proposta. Desse modo, quando pensei que gostaria de contar a história da NOA-Caruaru, não veio outra ideia a não ser fazer uma autoetnografia.

Iniciei o doutorado interinstitucional em bioética em uma parceria entre Universidade de Brasília (UNB) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no segundo semestre de 2019. Bioética não era exatamente um mundo novo

para mim porque tinha sido monitora dessa disciplina em 2 oportunidades durante o mestrado. Todavia, eu já sabia que a linha do que tinha estudado para ser monitora era diferente do desenvolvido no programa da UNB. De fato, foi desafiador entrar em contato com uma disciplina interdisciplinar, a qual integra filosofia, sociologia, saúde coletiva, antropologia, entre outras, sem estar exclusivamente me dedicando aos estudos.

Tempos mais tarde, em março de 2020, estoura no Brasil a pandemia de covid-19 e toda a vida se torna um caos. Hoje, 4 anos depois, percebo que naquele momento eu dizia que estava bem, mas na verdade estava muito ansiosa. Como médica, sabia que deveria estar na linha de frente do cuidado. Durante a pandemia, tive que adaptar todos os processos de trabalho dos dois empregos que tinha, além de atuar como tutora médica do PMMB. De fato, foi muita coisa passando pela minha cabeça.

Na UFPE, como coordenadora de curso, tive que liderar a discussão sobre o formato de ensino remoto, lidar com a ansiedade dos estudantes sobre quando iriam ser retomadas as atividades, articular a suspensão e depois da manutenção do internato (estágio obrigatório de estudantes de medicina). Não somente, tive de escutar reclamações sobre atraso da formatura, realizar a antecipação de colação de grau e participar de diversas reuniões virtuais (quando a gente ainda não tinha se adaptado a elas).

Na Secretaria de Saúde, liderei a abertura de dois novos serviços (o Disk Covid-19, um serviço por telefone que tirava dúvidas de cidadãos sobre a doença; e o monitoramento de sintomáticos respiratórios e casos de pessoas com covid-19 que estavam em domicílio, também feito por telefone), tendo desenvolvido vários protocolos e ofertado treinamentos para diversos profissionais para, então, colocar em prática esses novos setores. Por sua vez, no PMMB, acompanhei a transição das atividades presenciais para virtuais e toda a confusão do Ministério da Educação à época sobre as definições da nossa atuação no território. Não obstante, é importante ressaltar que nesse período também desenvolvi projetos de extensão e pesquisa de apoio a distintos municípios na gestão de serviços durante a crise sanitária.

Falando da vida pessoal, em 2020 decidi emagrecer, pois durante muitos anos sofri com obesidade grau 2 e sabia que precisava cuidar da minha alimentação para perder peso, tendo o feito com bastante sucesso. Ainda, tinha

uma preocupação imensa com meu pai, que tem um problema grave no coração, visto que se ele pegasse covid-19, era um grupo de risco altíssimo para ter a versão grave da doença. Também adaptei minha rotina de atividade física para fazer em casa, já que as academias estavam fechadas e continuei focada em acordar cedo todos os dias para não entrar numa rotina de preguiça. Destaco, ainda, o fato de que passei tudo isso sozinha em casa, uma vez que não moro com ninguém, seja humano ou animal de estimação.

Escrevendo isso, percebo que imponho a mim mesma uma rotina muito intensa de vida, já que em 2021 a vida não foi diferente. No dia 01/01/2021, eu e mais de 600 funcionários da Prefeitura de Caruaru recebemos a notícia de que nossos contratos tinham sido suspensos, pelos motivos já indicados anteriormente. O ano começou com desemprego. Consegui um contrato temporário no estado, mas não poderia ser superior a 3 meses de duração. Porém, ainda em maio desse ano, participei de uma seleção pública para a prefeitura de Caruaru, sendo posteriormente aprovada, permanecendo contratada até o presente momento.

Em 2021 ainda sofremos muito com a pandemia e suas consequências: o calendário acadêmico da universidade apertado, o retorno das aulas presenciais com esquemas de segurança sanitárias rígidos, a vacinação escassa, uma reabertura dos negócios mesmo diante do agravamento das mortes por covid-19. Tive a sorte de passar esse tempo todo sem a perda de um familiar. Todos na minha casa pegaram covid-19, mas tiveram sintomas leves, mesmo antes de serem vacinados. Não tenho negacionistas científicos ou bolsonaristas no entorno imediato da minha família e, por isso, não tivemos brigas familiares. Além disso, todos tomaram a vacina contra covid-19.

A política interna desse ano de 2021 foi muito intensa. Quando a UFPE autorizou a realização de eleições, abrimos as eleições da coordenação do curso e me candidatei pelo motivo de desejar liderar o processo de reconhecimento do curso. Porém, minha candidatura foi barrada pela comissão eleitoral baseada em uma resolução da UFPE que não permitia uma segunda recondução. Novos editais foram lançados e nenhum candidato se colocou, então fui me mantendo como coordenadora pro-tempore até aparecer um candidato que se colocou e venceu as eleições.

Em agosto de 2021, deixei a coordenação do curso, mas em setembro assumi a coordenação de residências médicas, um cargo muito mais tranquilo. Contudo, em dezembro deste mesmo ano estourou uma crise na residência de psiquiatria levando a uma série de diligências que quase culminaram no fechamento da residência. O ano de 2021 é encerrado com a confirmação da visita de reconhecimento do curso de medicina para fevereiro de 2022 e com um grande problema nas residências médicas.

Nesse diapasão, a comissão de reconhecimento veio em fevereiro de 2022, imputando muito trabalho nesse momento e nos meses anteriores. Logo após a visita de reconhecimento, na qual tivemos uma nota reduzida pelo trabalho negativo de alguns colegas de curso, o coordenador eleito renunciou ao cargo, assim como o seu vice. Nesse momento, insistiram muito para o meu retorno à coordenação, mas consegui sustentar a negativa. Desse modo, outra professora assumiu o cargo pro-tempore, mas 3 meses depois pediu para sair. Assim sendo, não resisti à pressão e volto para a coordenação do curso, numa gestão pro-tempore, a fim de não deixar o curso com a coordenação vacante até a realização de novas eleições. Minha sensação de responsabilidade é muito grande.

No meio de todas as atividades, tinha que fazer as disciplinas e as atividades do doutorado. Não foi fácil, mas tive muito apoio dos professores compreensivos com a situação e colegas unidos para apoiar uns aos outros. Contudo, a ansiedade por me sentir errada por não estar dando conta das coisas estava sempre lá. Em 2022, decidi voltar a fazer terapia e me rendi a começar a tomar remédio alopáticos para ansiedade, mesmo diante de todas as medidas de autocuidado de saúde mental que já fazia (e continuo fazendo).

Não bastassem as demandas da gestão do curso, havia um calendário acadêmico encurtado, com três períodos acadêmicos em 1 ano e menos de um mês de férias entre cada, sobrecarregando ainda mais a minha prática docente. Assim, em março de 2023 tive um ataque de pânico por causa de um problema muito habitual do curso. À vista dessa descompensação, percebi o burnout e disse que não tinha mais condições emocionais de estar na coordenação do curso. Em que pese todas essas questões, seria ainda nesse ano que eu deveria ter concluído o doutorado. Desse modo, minha ansiedade foi às alturas quando percebi que não iria dar conta de finalizá-lo no tempo hábil.

A falta de apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) em compreender a situação sanitária e prorrogar os prazos de conclusão de todos pós-graduados foi um peso enorme no meu peito e, então, pensei seriamente em desistir do doutorado. Isso nunca tinha acontecido. No meu grupo de colegas, eu sempre fui a que as animava a fazerem as atividades e dar um sentido positivo para todo esse esforço. Com a abertura de um novo processo eleitoral para a coordenação do curso, continuei trabalhando por alguns meses e, enfim, em setembro de 2023, terminei de vez a minha passagem na coordenação. O ano continuou com mais esperança em relação ao novo governo que iniciou, mas as dificuldades estavam presentes. Percebi um novo burnout, dessa vez com a tutoria do PMMB, me levando a renunciar a esse cargo também.

No início de 2023, acreditei que poderia concluir o doutorado a tempo. Porém, não consegui ter tempo de qualidade para estudar e escrever. Preciso aceitar a derrota de não concluir a tempo. Agora, estou em 2024 nesta missão. Continua não sendo fácil. Apesar de ter saído da coordenação do curso, me mantenho na coordenação das residências médicas, que agora está muito mais tranquila, pois os problemas foram resolvidos depois de muito trabalho.

Todavia, continuo envolvida em projetos de pesquisa, comissões e trabalhos diversos que assumo nos meus dois empregos. Ainda me imponho um ritmo alucinante de trabalho. Meu lema atual é “não tenho marido para me encher o saco e nem filhos para me tirar o tempo”. De fato, sei que não faria metade do que faço se tivesse casada com um homem e com filho(s), ou estaria fazendo tudo isso de forma mais atabalhoada.

Escrevo tudo isso pensando que é incrível o muito que fiz durante esses anos de pandemia e rescaldo dela. Ainda sofremos, e muito, as consequências desse momento, bem como me pesa muito o fato de não ter priorizado o doutorado.

3.1.2 O Poder Médico em Mim

Apesar de ter pensado nisso algumas vezes, eu nunca escrevi sobre o poder médico em mim. Porém, reflito que agora é necessário por estar fazendo uma autoetnografia em que um dos temas abordados versa sobre isso.

Atualmente, ambos os meus trabalhos envolvem estar em situação de ensino, seja em pequenos ou grandes grupos. Na universidade, é óbvia a minha função de professora, enquanto na secretaria de saúde minha principal atuação envolve organizar e conduzir momentos de educação permanente (EP) e continuada para trabalhadores da saúde. Portanto, dou aula nos meus dois empregos.

Em abril de 2024, durante uma aula sobre Apoio Matricial voltada aos trabalhadores da APS, comentei sobre o biopoder e o poder médico, já que esse fato é uma das justificativas do apoio matricial⁴ em serviços de saúde. Aproveitando o ensejo, critiquei a postura autoritária de muitos médicos em relação aos demais profissionais de saúde, explanando como geralmente tendem a impor a sua forma de trabalho nos serviços que atuam. Senti muita surpresa nos olhares dos profissionais não-médicos na sala. Nesse momento, percebi que estava utilizando o meu poder médico para dizer algo que, para mim, é óbvio, mas que ainda é um tabu na prática. Na mesma hora, assumi para o público: “eu sei que só posso dizer o que acabei de dizer porque sou médica.” Mais espantos da audiência.

Desde então, intensifiquei essa discussão dentro de mim. E sim, reconheço que uso o meu poder médico em várias situações de trabalho, e até na vida pessoal. Um exemplo da utilização desse poder é meu próprio cargo na secretaria de saúde, que se mantém, segundo muitos colegas, pela importância em ter uma médica que dialoga, não é autoritária e que acolhe diversas demandas que usualmente seriam de não-médicos dentro do serviço. Na vida pessoal, quando amigos se encontram com necessidades médicas, consigo mobilizar outros amigos para promover um cuidado mais singular à pessoa que padece, me valendo da network e conhecimentos médicos para propor ações que mitiguem o sofrimento de forma mais célere. Acredito que escrever essa autoetnografia é mais um passo que tomo para aprofundar essa discussão em mim sobre o poder médico.

⁴ Não está no escopo desse projeto detalhar o apoio matricial. Contudo, em síntese, o apoio matricial é um processo de trabalho em equipe, no qual a equipe básica da APS trabalha de forma conjunta com demais profissionais da equipe multiprofissional, a fim de aumentar a resolutividade e a integralidade do cuidado na APS.

3.2 Autoetnografia como Método

Somos transformados, individualmente, coletivamente, à medida que criamos um espaço criativo radical que afirma e sustenta nossa subjetividade, que nos dá um novo lugar a partir do qual podemos articular nosso sentido de mundo (112: 295)

A autoetnografia é um método de pesquisa qualitativa cujo foco é explorar, entender e apresentar experiências pessoais em relação ao contexto e vivências de outros seres sociais (14). Esse método, assim como a pesquisa qualitativa como um todo, se desenvolveu a partir da crise de representatividade (113), quando pesquisadores precisaram reconhecer que os achados das pesquisas sempre têm perspectivas pessoais (e.g. interesses, afetividades e sentimentos), mesmo nas pesquisas quantitativas, e que a objetividade real e ausência de vieses é utópica, principalmente em pesquisas que exploram questões sociais.

Vários pesquisadores têm utilizado a autoetnografia em diversas áreas do conhecimento, apesar de haver muitos questionamentos se essa prática se constitui enquanto pesquisa (114). A minha posição enquanto pesquisadora é concordar com Reyna e Santos (115), que escrevem

a autoetnografia resulta de uma investida autobiográfica dos/as autores/as no que concerne às experiências vividas, de uma orientação etnográfica acurada e de um engajamento analítico/crítico sobre a realidade ou mundo social que vivemos e estudamos (p. 11).

Portanto, a autoetnografia utiliza recursos bem estabelecidos da ciência (o método etnográfico e um processo de análise crítica) para criar conhecimentos sobre o objeto de estudo. Então, a autoetnografia é uma prática de pesquisa em que o fito da análise não é o convencional na construção de conhecimento, no qual o *eu* é colocado de forma estéril e supostamente isento de interesses.

De acordo com Adams, Jones e Ellis (116), a autoetnografia tem seis ideias centrais:

1. Colocar as experiências pessoais vividas em primeiro plano na pesquisa, ou seja, minhas ideias, experiência, sentimentos, emoções e questionamentos serão os objetos de pesquisa. A autoetnografia, portanto, reconhece os limites do conhecimento científico padrão no que se diz respeito a interpretar identidades e relações sociais. Assim, na autoetnografia, o conhecimento desenvolve-se a partir de relatos biográficos complexos e específicos (14).
2. Ilustrar os processos de interpretação da realidade. Este método provê um relato particular do tema da pesquisa e oferece um olhar diferenciado e

pessoal dos acontecimentos. Isso fornece uma perspectiva singular que outros podem usar para dar sentido a experiências semelhantes. Assim, por meio de conhecimentos pessoais e insights, pode-se criticar contextos, convenções culturais e políticas mais amplas.

3. Utilizar reflexividade como essência na pesquisa. Ser reflexivo significa deixar explícito o eu dentro do processo de criação do conhecimento. Questões como poder, privilégios, contradições e limitações são colocadas de forma a enriquecer o conhecimento e oferecer aos outros uma perspectiva pessoal que pode colaborar com diferentes olhares e reflexões.
4. Apresentar uma perspectiva privilegiada de um fenômeno ou experiência cultural, através da epistemologia do interior que outros pesquisadores não teriam a capacidade de descrever. Desse modo, pode-se dar igual importância à narrativa e ao conhecimento pré-estabelecido.
5. Descrever e criticar normas, experiências e práticas culturais. Muitas vezes, a compreensão e interpretação da vida cultural são levadas a cabo sem uma análise aprofundada. Por meio dos relatos autoetnográficos, é incentivada uma reflexão profunda sobre normas, experiências e práticas. Para além de apenas refletir sobre elas, procura transformá-las, criando espaços de ressonância com os leitores, reconhecimento de privilégios, responsabilidades e poderes na vida cultural.
6. Buscar resposta do público. A autoetnografia não é um método que isola o pesquisador. Ao contrário, ele aprofunda a reflexão sobre as relações sociais que o pesquisador estabelece com o público. A pesquisa, portanto, é baseada em relacionamento e participação (110). Isso atende a um compromisso ético implícito na relação entre o pesquisador, os sujeitos e os leitores da pesquisa.

Uma perspectiva interessante é trazida por Miranda (117), quando defende que as autoetnografias podem ajudar no desenraizamento da pesquisa da matriz civilizatória ocidental e do fazer hegemônico da ciência:

O endosso que faço é para demonstrar que as autoetnografias têm a possibilidade de interpelar os estereótipos e as narrativas hegemônicas, de criar espaços reflexivos não limitados e de auxiliar no aperfeiçoamento das nossas incessantes negociações no campo do conhecimento (117: 118).

Diante do fato de que ajudei a desenvolver uma nova forma de fazer regulação na SMS de Caruaru, tenho uma visão privilegiada do fazer regulação da assistência à saúde no município. Isso justifica a proposição da pesquisa utilizando esse método. Contudo, essa nova forma de fazer regulação não foi construída apenas por mim, mas é uma confluência de ideias, experiências e ações de várias pessoas. Eu fui, tão somente, imbuída de sintetizar essas ideias em uma proposta de funcionamento da regulação, colocando-as em prática por meio de um documento oficial institucional. Nesse sentido, o eu tornou-se público, ao mesmo tempo em que esse *eu* se juntou a outras individualidades coletivas.

Essa é uma perspectiva interessante e inovadora de pesquisa em saúde pública (113), já que é mais valorizado o estudo das coletividades. Busco, porém, não ignorar as memórias e experiências individuais que deram sentido e significados a políticas públicas concretas, que impactam diretamente naquilo que pode ser observado através de números, relatórios e esquemas (113). Ademais, tanto a autoetnografia quanto a saúde coletiva brasileira se preocupam com a justiça e transformação social (113). Desse modo, a união desses dois campos parece-me axiologicamente coerente.

3.3 Contexto

3.3.1 Caracterização do Município

Desde 2014 moro em Caruaru-PE, uma cidade com 378.048 habitantes, de acordo com o último censo de 2022 (118). Localizada no Agreste Pernambucano, Caruaru é a segunda maior cidade do interior do estado em termos de números de habitantes, mas a primeira em termos de produto interno bruto (118). O município se desenvolveu por estar no entroncamento de vias que levam pessoas e produtos de norte a sul do interior de Pernambuco para a capital e demais regiões do Nordeste (119). A produção econômica de Caruaru é bastante comercial, sintetizada pela sua famosa feira, que é Patrimônio Cultural definido pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) (119). Apresenta, ainda, uma tradição cultural e religiosa potente, que influencia toda a experiência de morar nessa cidade (119).

Apesar do crescimento econômico recente (120) e do progressivo aumento do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (118), a cidade enfrenta problemas persistentes em relação, por exemplo, à pobreza que atinge 33,69% dos caruaruenses (118). O IBGE (118) traz mais dados importantes para conhecer Caruaru com mais profundidade:

- O salário médio mensal dos trabalhadores formais em 2021 foi de 1,7 salários-mínimos;
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010: 0,677;
- Em 2010, o número de pessoas exposta ao risco de inundações, enxurradas e deslizamentos era de 26.553 (7% da população);
- Mortalidade Infantil em 2022: 13,17 óbitos por mil nascidos vivos;
- Internações por diarreia no SUS em 2023: 55,5 por mil habitantes;
- Leitos de internação hospitalar (rede SUS e privada) em 2022: 627;
- Estabelecimentos de saúde particular em 2022: 88;
- Estabelecimentos de saúde do SUS em 2022: 108;
- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) municipal em 2021 era de 5,2 nos anos finais do ensino fundamental e de 4,5 no ensino médio, ambos índices em escolas públicas;

Caracterizar a rede municipal de saúde do SUS de Caruaru também é importante para contextualizar o sistema local. Para caracterizar a rede de saúde municipal de Caruaru, há o seguinte registro (121):

- 76 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde;
- 70 equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS);
- 08 equipes multidisciplinares na APS;
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas tipo III;
- 03 Centros de Saúde tradicionais;
- 03 Programas de Academia da Saúde;
- 03 equipes de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- 01 Casa de Apoio a Gestantes;
- 1 Maternidade Municipal (maternidade de baixo risco);
- 7 Ambulatórios Multidisciplinares de Especialidades (AME) com diversas especialidades médicas;

- 3 centros de especialidades que atendem toda a regional;
- 1 unidade municipal de fisioterapia;
- 2 Centros de Atenção Psicossocial de porte III (transtorno e álcool e drogas);
- 1 Laboratório municipal e de análises citopatológicas;
- 4 unidades de pronto atendimentos municipais e 1 estadual;
- 2 hospitais de grande porte de alta complexidade, com diversas especialidades médicas (Hospital Regional do Agreste e Hospital Mestre Vitalino);
- 1 hospital de alta complexidade de retaguarda (Hospital São Sebastião);
- 1 Centro de Testagem e Aconselhamento;
- 1 maternidade de alto risco (Hospital Jesus Nazareno);
- Hospital Municipal de Caruaru Dr. Manoel Afonso Porto Neto.

Pelo porte de Caruaru, ela se torna o município sede da regional de saúde do estado de Pernambuco da IV região (IV GERES). Isso também significa que a cidade concentra serviços de saúde que são referência para 32 municípios da região, o que abarca mais de 1,3 milhões de pessoas. É importante destacar que a população coberta pela IV GERES é a segunda maior no estado, ficando atrás apenas da região que engloba a capital, Recife. Esses dados corroboram a ideia de que Caruaru figura como uma cidade de porte intermediário no interior do nordeste brasileiro.

3.3.2 Minha Chegada em Caruaru

Em 2008, a partir da Política de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), a UFPE abriu o seu primeiro campus interiorizado, o Centro Acadêmico do Agreste (CAA), em Caruaru-PE, atendendo a uma demanda muito antiga por cursos superiores públicos na região. Em 2013, a partir do PMMB, foi autorizado o curso de medicina neste campus, tendo iniciado a sua primeira turma em 2014. Nesse momento, um grupo de médicos especialistas chegou na cidade a partir do concurso para professores da instituição, desejando, também, trabalhar no município e, por conseguinte, se mudar para a cidade. Desse modo, em um espaço relativamente curto de tempo, chegaram na cidade médicos e demais profissionais de saúde com mestrado,

doutorado, e várias outras qualificações, para não apenas lecionar, mas também para trabalhar no SUS local.

A secretaria de saúde de Caruaru-PE à época viu esse momento como uma oportunidade de expandir e qualificar a rede de saúde e, a partir de então, contratou diversos professores para atuar nos serviços municipais. Isso fomentou a fixação desses docentes na cidade, além de ampliar a rede de saúde com profissionais qualificados.

Nesse contexto, fui contratada pela secretaria de saúde, assim como vários colegas que assumiram cargos não apenas na gestão, mas também na assistência. Atualmente, a inserção dos médicos professores na rede municipal permanece, já se podendo afirmar que a chegada do curso é um divisor de águas para a rede de saúde local. A partir da atuação de professores, o município tem especialidades médicas que antes não eram ofertadas com regularidade, tais como reumatologia, infectologia, urologia pediátrica e medicina de família e comunidade.

Um contexto pessoal importante é que me mudei para Caruaru exclusivamente por causa do curso de medicina. Renunciei a um concurso público como médica da APS na SMS de Recife para assumir a vaga de professora assistente no CAA. A minha maior motivação de vir morar em Caruaru foi não querer me submeter aos perigos da estrada entre Recife e Caruaru semanalmente. Claro que chama atenção a estabilidade de um servidor público federal, mas penso que hoje esse não é esse o principal motivo que permaneço no curso e na cidade. No momento, sinto muito prazer em tudo que faço e avalio que a minha contribuição faz a diferença. Ademais, a qualidade de vida em Caruaru é relativamente boa, além de não ter o trânsito conturbado de Recife.

Por mais que eu esteja trabalhando e morando em Caruaru há 10 anos, meus amigos, colegas e conhecidos que são caruaruenses têm uma relação com a cidade diferente da minha. Caruaruenses têm muito orgulho de sua cidade e de sua história, de uma forma que repercute no seu modo de vida. Um exemplo desse fato é que a cidade tem o apelido de “País de Caruaru”, em referência à grandeza atribuída por seus habitantes (122). Essa expressão, criada por um escritor da região, é bastante popular e, de fato, caracteriza bem um povo que tem na sua criatividade e flexibilidade uma fortaleza que, ao mesmo tempo em que é acolhedor, ainda destaca a diferença das pessoas que são, ou não,

naturais da cidade. Não posso caracterizar como xenofobia, mas sim uma defesa orgulhosa de seus costumes e origens.

Esse fato me lembra muito de uma personagem retratada no livro Terra de Caruaru, de José Condé (123), escrito em 1960. Nele, existe um casal (um homem caruaruense que se casou com uma carioca) que morara um tempo no Rio de Janeiro e chegou há poucos anos na cidade. A carioca é bem recebida na cidade, circula bem nas diferentes classes sociais e se sente feliz. Porém, toda vez que as pessoas vão falar dela, sendo bem ou mal, sempre mencionam que ela não é de Caruaru. Então, o problema não é ela ser carioca, e sim não ser de Caruaru. Isso é muito representativo da cidade.

Sob essa perspectiva, sei que nunca serei caruaruense de fato, pois as pessoas facilmente me identificam como não-caruaruense. Esse fato não altera a minha vida cotidiana, assim como acontecia com a personagem do livro de José Condé. Posso continuar sendo quem sou, sem precisar reclamar das pessoas me identificarem como não-caruaruense. Quando isso é mencionado (com bastante frequência), costumo dizer que infelizmente não sou caruaruense. Essa brincadeira não molesta o meu orgulho recifense.

3.4 Motivação

Adams, Jones e Ellis (116) afirmam que muitas vezes uma autoetnografia se inicia quando queremos entender de forma mais abrangente, profunda e significativa alguma experiência pessoal. Esse foi o meu caso. Trabalhei na regulação médica do município por 7 anos e penso que as minhas experiências nesse local podem ajudar na construção de conhecimento sobre Regulação da Assistência à Saúde.

Começar a trabalhar na Regulação em Saúde foi um desafio. Precipuamente, porque não me sentia bem no papel de gestora do SUS, já que, durante muito tempo, o que fiz foi criticar negativamente, e preconceituosamente, os gestores do SUS. Em segundo lugar, não conhecia quase nada sobre o tema e, assim, precisei estudar muito sobre a temática, galgando, nesses últimos anos, uma boa experiência, teórica e prática, na área da regulação em saúde.

O principal problema da secretaria de saúde de Caruaru que justificou a minha contratação foi a alta demanda, com longas filas de espera, para consultas especializadas e exames complementares. Isso gerava não apenas insatisfação e desassistência aos usuários, mas também altos custos para o município. Nesse sentido, todos os princípios do SUS, como universalidade e equidade, estavam sendo violados.

Durante as atividades, propus a criação de uma diretriz de regulação e protocolo de encaminhamento para consultas especializadas e exames complementares, a fim de garantir a presença da gestão nas ações de regulação em saúde e colocar em prática as diretrizes do SUS de integralidade e equidade. O meu trabalho no setor da regulação resultou no desenvolvimento e implementação da Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames Complementares, doravante chamada de NOA-Caruaru, um documento que procura resolver algumas das fragilidades da regulação. Desde então, o meu principal trabalho na Secretaria de Saúde envolve a NOA-Caruaru, já que não apenas a concebi, mas a implantei e venho acompanhando o seu desenvolvimento até o presente momento, mesmo não estando mais oficialmente no setor Regulação. Atualmente, mantenho o vínculo com a SMS, mas agora estou no Núcleo de Educação Permanente (NEP), que atua na educação continuada dos profissionais e na integração ensino-serviço-comunidade.

Dito isso, a motivação principal em fazer essa pesquisa é valorizar essa contribuição que fiz à política de regulação do município. Apesar das ameaças políticas em descontinuar a NOA-Caruaru, ela permanece até o presente momento sendo utilizada como importante referência na regulação assistencial de Caruaru. Diante disso, tenho em mim um senso de responsabilidade para manter viva a ideia da NOA-Caruaru no município.

Outrossim, em virtude da minha inserção no curso de medicina, fui pressionada, sutilmente, a fazer a pesquisa do doutorado em torno do tema da educação médica, da implantação do curso, ou outros temas relacionados à universidade. Contudo, senti a necessidade de refletir e analisar criticamente a minha experiência como gestora do SUS.

Ao mesmo tempo, o tema Regulação em Saúde é desvalorizado na literatura em Saúde Coletiva, ou é vista de uma forma muito burocrática. Desse

modo, gosto de pensar na ideia de contribuir não apenas para a melhoria do SUS em Caruaru, mas também para o conhecimento sobre Regulação em geral, de forma a valorizar essa importante área da saúde coletiva. Por fim, gostaria de escrever sobre a experiência de liderar a implantação de uma política municipal de regulação. Fazer o doutorado neste tema, portanto, foi uma oportunidade para cumprir essa meta.

3.5 Coleta de Dados: Escrevendo a Autoetnografia

Anseio articular a autoetnografia como uma prática contra hegemônica, por acreditar que ela legitima relatos de discriminação e diferença em primeira pessoa e, conseqüentemente, pode auxiliar na crítica do colonialismo, racismo, sexismo, nacionalismo, regionalismo e etnocentrismo. Nós, como pesquisadoras comprometidas, temos o dever de confrontar as suposições de verdade (117, p. 71).

Os textos sobre como escrever etnografia são diversificados. Para Adams, Jones e Ellis (116), a autoetnografia se inicia com pensamentos, sentimentos, identidades e experiências. É seguida pela apresentação sobre a pesquisadora, a história e a experiência. Textos, artigos, fotografias, diários, filmes, redes sociais, livros, podcasts e demais mídias podem ser apresentadas a fim de trazer mais elementos para a autoetnografia. A partir daí, a pesquisa foca nas práticas relacionais coletivas, valores e crenças comuns com a finalidade de entender mais profundamente o seu próprio eu e as pessoas.

A estrutura da minha autoetnografia se deu de forma cronológica. Escrevi de forma sequencial as memórias e fatos sobre o meu trabalho na regulação, dando destaque à construção da NOA-Caruaru, já que foi o meu objeto de trabalho durante todo o período. O material que utilizei para recordar os fatos foram:

- Trocas de e-mail: os anos iniciais (2014 a 2016) da minha trajetória na regulação estão registrados em mensagens eletrônicas trocadas com vários colegas de trabalho e gestores de vários níveis de atenção;
- Relatórios e apresentações escritas por mim para entregar aos gestores, atualmente armazenados nos meus arquivos pessoais;
- Relatórios escritos por colegas de trabalho;
- Atas de reuniões;
- Conversas informais com colegas de trabalho e gestores.

Também mantive um diário autoetnográfico, em que registrei vários pensamentos durante a confecção do projeto de pesquisa e da escrita da tese.

Na próxima seção, vou detalhar como esse material foi trabalhado a partir de elementos importantes da ética em pesquisa e autoetnografia.

3.6 Ética em Pesquisa

Como destacado por Tullis (107), decidir fazer uma autoetnografia não elimina ou resolve questões de ética em pesquisa. Não é por focar na minha experiência na Regulação da Assistência à Saúde no município de Caruaru que eu não precise me preocupar com considerações éticas da pesquisa, visto que falarei de mim em relação aos outros, que precisam ser respeitados, ter sua privacidade e confidencialidade garantidos, dentre outras considerações éticas. Ademais, os achados e reflexões dessa investigação dialogam com interesses e práticas públicas, o que impõe que eu proteja pessoas e processos de trabalho de qualquer problema relacionado a esta pesquisa.

Tullis (107) indica um guia de ética em pesquisa para autoetnografia, que utilizaremos aqui para apresentar as considerações éticas da pesquisa:

- Não faça mal a si mesma e aos outros: Tenho a consciência de que a narrativa descrita na pesquisa não é algo apenas sobre mim, mas sobre a relação que estabeleci com várias pessoas com quem trabalhei e trabalho atualmente. A narrativa é, também, reflexo da cultura do meio em que me insiro (114). Desse modo, as pessoas aparecem dentro desse contexto. Ademais, esta pesquisa apresenta conflitos que serão registrados através de uma publicação científica, e isso pode causar danos por tempo indeterminado. Por fim, a abertura de si expõe intimidades e sentimentos que podem ser utilizados para uma finalidade de exposições, demérito ou subjugação. Diante disso, não estou apenas ciente dos riscos, como também trabalhei para que as palavras sejam utilizadas da melhor forma possível, a fim de evitar conotações negativas ou estigmatização. No texto, vou utilizar figuras genéricas, conforme sugerido por Tullis (107), para representar gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Importante destacar que essas

figuras genéricas são expressões de uma cultura e não pessoas reais⁵. Os gestores que ocupavam cargos hierarquicamente acima do meu, chamei de “gestores”; os gestores que ocupavam cargos no mesmo meu nível ou abaixo de mim, intitulei de “colegas”; os profissionais de saúde do SUS, de qualquer nível de atenção, denominei como “trabalhadores”; os usuários do SUS, chamei de “pessoas”. Essas figuras funcionam como uma síntese das características das pessoas que compartilham a experiência de trabalho comigo. Contudo, também me esforcei para evitar estigmatização dessas figuras e mostrar apenas os fatos da forma com que eu vejo, e não como ela realmente é. Outro fato é que ocultei o nome de colegas e gestores das mensagens eletrônicas que escrevi. Por fim, só irei referenciar diretamente mensagens ou relatórios que eu escrevi. Qualquer outro material produzido por gestores e colegas não serão transcritos e servirão apenas de registros para aguçar minha memória e escrever sobre minha experiência;

- Consulte o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos: Refleti bastante sobre esse item e decidi conversar com os coordenadores do programa e meu orientador sobre essa questão. A orientação é de que não seria necessário submeter ao CEP, uma vez que os resultados apresentados não violariam os direitos da pessoa humana. Concordei com esse ponto, porém, ele não me impede de prestar atenção continuamente a esses direitos, bem como apresentar o trabalho de forma a não prejudicar ninguém.
- Obtenha consentimento informado: a referência de consentimento utilizado nessa pesquisa é diferente do tradicional, quando há a figura de participantes de pesquisa e a necessidade de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (114). O foco principal desta pesquisa sou eu e minhas experiências. Assim, os outros não são considerados sujeitos de pesquisa, mas pessoas com quem me relacionei, troquei experiências e fizeram parte da história. Contudo, reconheço que as pessoas com quem trabalhei esses anos vão aparecer indiretamente no meu relato, mesmo que não identificados (124). Nesse sentido, esta pesquisa olha o consentimento em

⁵ Doloriert e Sambrook (115) comentam que o pesquisador não é o participante isolado da pesquisa, mas um membro completo. Ele compartilha algumas ideias com o meio social que está pesquisando. É nessa perspectiva que se dá a relação do pesquisar com os outros. Eu denomino essas pessoas de participantes indiretos.

uma perspectiva de relação, na qual o consentimento se revela diante do desenvolvimento da pesquisa (125). Desse modo, antes de iniciar a pesquisa, conversei com meus colegas e gestores, com indicado por Lapadt (124), para compartilhar a ideia do projeto e as preocupações éticas. O retorno que recebi foi de que as estratégias e ações que foram desenvolvidas no processo de implementação da NOA-Caruaru e da Regulação da Assistência são de caráter público e que os pontos relevantes para a pesquisa não são de caráter personalíssimo. Por fim, disseram me apoiar no empreendimento. De toda forma, me reconforta obter o apoio dessas pessoas, ao passo que cuidarei para preservar seu direito ao sigilo.

- Pratique o processo de consentimento e explore a ética das consequências: O processo de consentimento significa que todo momento da pesquisa é oportunidade de repactuar o consentimento com os participantes da pesquisa (107; 125). A ética da consequência, por sua vez, significa avaliar as consequências dos resultados da pesquisa juntamente com os participantes, enumerando os benefícios e potenciais prejuízos com a participação no estudo (124). Os tópicos anteriores já abordam alguns desses pontos. Ademais, a escrita atenta aos detalhes me faz sempre refletir sobre as repercussões das reflexões apresentadas no texto. Não posso também negligenciar a posição de vulnerabilidade que me coloca em me apresentar no texto de forma pessoal (114; 124). Também observei isso a todo momento, e fiz leituras múltiplas do texto para que nada que eu realmente não queira apresentar seja escrito.
- Faça uma verificação: O texto final foi avaliado pelos participantes indiretos para avaliar se elas estão “se enxergando” no texto. O objetivo foi de que eles pudessem decidir se determinada informação quebra algum sigilo, ou mesmo representaria um dano a alguma pessoa.
- Não apresente publicamente nem publique nada que não mostraria às pessoas mencionadas no texto: Mais uma vez, a importância de manter continuamente um processo reflexivo para não causar prejuízo para nenhum participante, incluindo eu mesma.
- Não subestime a vida após a morte de uma narrativa publicada: Uma vez publicada, a pesquisa tem “vida própria” e pode percorrer caminhos inimagináveis. Desse modo, cuidar para que a escrita seja respeitosa é

essencial para garantir que, em qualquer caminho que a publicação percorra, o resultado seja o aperfeiçoamento do conhecimento construído e não a correção de erros ou retratações.

3.7 Os Outros

Segundo Cavarero, eu não sou, por assim dizer, um sujeito interior, fechado em si mesmo, solipsista, que põe questões apenas para si mesmo. Eu existo em um sentido importante para o tu e em virtude do tu (109, p. 46).

É significativo perceber que a indicação da importância de falar sobre o 'Outro', ou sobre as diferenças, muitas vezes esconde a opressão (117, p. 73).

Deixar explícito quem são os outros da minha pesquisa tem importância não apenas ética, mas também metodológica. A autoetnografia utiliza os métodos de pesquisa etnográficos para analisar criticamente as conexões culturais entre o eu e os outros (116). Como Calafell (110) pontua, desejo estar em diálogo com os outros, em vez de falar por eles. Nesse caso, os outros representam a sociedade.

Contudo, sabemos também que, apesar da regulação em saúde ser um objeto de interesse da sociedade como um todo, existem agentes sociais que têm uma maior aproximação com o tema e com a minha atuação direta como médica reguladora. São esses agentes que são os outros nessa pesquisa: gestores municipais de vários departamentos, desde os mais altos cargos, até os administrativos de diversos setores; colegas médicos reguladores e médicos da AB e AB; membros do Conselho Municipal de Saúde, da Câmara Legislativa Municipal e demais políticos municipais; usuários do SUS cuja solicitação de exames e consultas passaram por minhas mãos.

Como dito anteriormente, nenhuma dessas pessoas será identificada. Cada perfil de participante indireto terá uma figura que irá sintetizar um conjunto de pessoas. Importante destacar, também, que nenhum desses perfis se compõe apenas de uma pessoa. Todos são realmente um grupo de mais de 4 pessoas, o que dificulta a identificação individual.

Cabe pontuar, por fim, que por mais que o outro esteja presente no relato, ele será sobre mim. Como afirma bell hooks,

Muitas vezes esse discurso sobre o "Outro" também é uma máscara, uma conversa opressora que esconde lacunas, ausências, aquele

espaço onde nossas palavras estariam se estivéssemos falando, se houvesse silêncio, se estivéssemos ali (112, p. 293).

Assim, por mais que falarei das relações que estabeleci com pessoas, não poderei falar por elas, mas sim falar com elas sobre mim. Isso oferece uma perspectiva muito diferente se eu estivesse falando sobre elas. Eu reforço aqui que falarei sobre mim. Destarte, não ocultarei a fala de ninguém.

3.8 Reflexividade

Tenho tentado mudar a maneira como falo e escrevo, imprimir um sentido de localização na minha maneira de falar, não apenas de quem eu sou no presente, mas de onde eu venho, das múltiplas vozes que existem dentro de mim (112, p. 283)

A reflexividade é uma etapa essencial para o desenvolvimento de uma autoetnografia. Desse modo, vamos tecer considerações sobre como será o processo de reflexividade nessa pesquisa. Para Preissle e DeMarrais (126), a reflexividade é uma forma em que os pesquisadores se desenvolvem enquanto coletores de informação, em um processo de autoavaliação, para certificar que se pode, na medida das possibilidades teóricas e metodológicas, fornecer informações de forma equilibrada, inclusiva, desapaixonada, imparcial, desinteressada e compatível com os propósitos da pesquisa. Já Berry (127) destaca que a reflexividade implica em levar a sério as localizações dos “eus” na cultura e no conhecimento, explorando nossa relação com a pesquisa. Sendo assim, a reflexividade possibilita uma transformação de si.

Alexander (128) pontua que a reflexividade é uma apropriação do pesquisador com o objeto da pesquisa. Sob esse viés, é evidenciar como a presença física e política do pesquisador impactou nos achados da pesquisa. Ainda, para o autor, trata-se de pontuar como as experiências de vida, localização, intenções e vieses do pesquisador impulsionam a interpretação dos resultados da pesquisa e a forma de escrever os resultados. Também, é procurar a sua conexão com os pontos de vista e contextos culturais dos outros e como isso dialoga com o processo de investigação.

Apesar da reflexividade ser essencial para a autoetnografia, não há exatamente um modo fixo de praticá-la. Contudo, Preissle e DeMarrais (126) trazem alguns tópicos que podem ajudar a praticar a reflexividade:

- Saber quem é você. Como instrumentos da pesquisa, precisamos conhecer nossas oportunidades e desafios. Contar a sua história pessoal, habilidades, conhecimento, valores, personalidade, identidades culturais e sociais, e como isso influencia nos aspectos da pesquisa, são fundamentais para o processo de reflexividade.
- Saber como sabemos o que sabemos e como aprendemos. Deve-se desenvolver seus pressupostos epistemológicos, já que ele estará subjacente em toda a pesquisa.
- Documentar a experiência ao longo da investigação. Pontuar os pensamentos, decisões, ações e sentimentos sobre o processo de pesquisa através de diários, anotações, vídeos, áudios e outros formatos que convém ao pesquisador.
- Ler, revisar e pesquisar. Ler sobre o tema central, mas materiais não relacionados com ele, como ficção, poesias, arte e literatura, podem abrir a imaginação e ampliar as perspectivas analíticas, ou seja, ampliar os sentidos de quem nós somos.
- Comparar-se com os outros. Não no sentido de aguçar vaidade ou inveja, mas sim observar as nossas identidades relacionais: o quanto nós somos parecidos e diferentes dos demais? O que isso adiciona à sua pesquisa? Parte do que nós somos é conhecer o nosso valor relativo aos outros.
- Ser vulnerável e abrir-se à crítica. O conhecimento é criado a partir de um processo de aprendizado. Então, permitir-se não saber e identificar as suas limitações nos tornam vulneráveis, mas revela uma abertura às críticas e ao aprofundamento.

3.9 Análise

A análise que agrega valor me conquistou quando li que

A pesquisa que agrega valor não é para os fracos de coração ou para os que não se dão ao luxo pessoal ou profissional de envolver-se no que muitas vezes pode ser um trabalho intenso de reflexão, lento e incerto (103, p. 233).

Essa é uma posição consoante à autoetnografia, a qual também coloca o pesquisador no centro da pesquisa.

Por causa do questionamento de que a pesquisa qualitativa seja, de fato, uma pesquisa, muitas vezes a forma de fazer análise torna-se listar temas e códigos “extraídos” dos dados de forma repetitiva e alienada. Ao invés da forma de análise ajudar o pesquisador a ampliar o seu olhar interpretativo sobre os dados, ela tem o potencial de restringir a interpretação aos já conhecidos processos de criação de temas e códigos. Para se opor a esse processo, Eakin e Gladstone (103) propuseram a “análise que agrega valor.”

Nessa forma de análise, o pesquisador é convidado a ir

além do lugar-comum das realidades superficiais e da mera síntese e catalogação dos dados empíricos, expandindo e liberando o olhar analítico ao desencadear a criatividade interpretativa (103, p. 203).

Os objetivos gerais da análise que agrega valor são “teorizar os dados, relacionar conceitos entre si e entender realidades básicas específicas de forma mais abstrata” (103, p. 204). Desse modo, o pesquisador poderá levar as descobertas e interpretações para novos patamares, ampliando o potencial de insights.

Apesar da análise que agrega valor não determinar nenhuma forma fixa de trabalhar com os dados, ela orienta quatro movimentos básicos: (1) análise como interpretação; (2) análise como contextualização; (3) análise como presença criativa do pesquisador; e (4) análise como investigação crítica.

A análise como interpretação significa que os dados não falam por si mesmo, ou seja, tanto os dados obtidos (histórias, documentos, conversas), quanto o processo de análise, são interpretações de uma realidade que foi produzida, muitas vezes, por causa da pesquisa (como as entrevistas em profundidade, grupo focal etc.). Então, o ato de atribuir valor é um ato de dar significado e produzir ativamente descobertas a partir de uma perspectiva teórica.

Esse processo de dar significados e produzir descobertas parte de um contexto e, por isso, a análise que agrega valor trabalha com a análise como contextualização. Assim, o contexto da pesquisa precisa estar metodologicamente articulado para interpretar os dados a partir do ambiente e das circunstâncias.

Na análise como presença criativa, fica claro que o pesquisador tem o papel de se colocar ativamente dentro do processo de pesquisa. “Isso requer que os pesquisadores se inspirem constantemente e de modo profundo na

própria experiência, em seu conhecimento, percepção e imaginação para dar sentido aos dados” (103, p. 209). De toda forma, a presença do pesquisador, por mais que na pesquisa qualitativa isso seja desejável, precisa ser criativa, o que induz a um processo de inventividade e originalidade.

Por fim, a análise como investigação crítica impõe ao pesquisador reavaliar e se questionar repetidamente. Portanto, deve sempre problematizar seus sentimentos, pensamentos, conhecimentos, afetos, poderes, ou qualquer outro item que interfira no processo de análise.

Para a análise que agrega valor, esses quatro movimentos guiam os dispositivos analíticos que podem ser usados, tais como codificação, geração de temas, comparação e contraste, verificação de participante, bem como outros dispositivos informais, como autoquestionamento heurístico, interação com os dados, exercícios de pensamento e leituras estratégicas (leitura do invisível, leitura em busca da anomalia, leitura da gestalt). Contudo, não há uma regra formalizada de qual dispositivo utilizar e, assim, o pesquisador pode se sentir livre para se valer de dispositivos que façam sentido para sua análise.

Para finalizar, tanto para Eakin e Gladstone (103), quanto para Adams, Jones e Ellis (116), o processo de análise se dá durante a escrita. O processo de escrever, editar e reescrever, faz com que a criatividade, interpretação e reflexão ocorram de forma integrada. De toda forma, é contínuo o processo de autoquestionamento: como a minha experiência pode questionar, adicionar ou iluminar aspectos do que está sendo descrito? (116)

3.10 Rigor Metodológico

A garantia de um rigor metodológico de uma autoetnografia é algo bastante controverso. Adams, Jones e Ellis (116) pontuam que qualquer processo de avaliação é um ato político, pois os privilégios, vozes e visões de mundo dos avaliadores (normalmente homens, brancos, de meia idade, de classe média alta) marcam o processo de avaliação, enquanto eles silenciam as vozes, valores e percepções de mundo divergentes das deles. Não obstante, Gingrich-Philbrook (129) discute que a apreciação da autoetnografia pode ser feita por avaliadores altamente empoderados, privilegiados e situados no que ele vivenciou. Portanto, para avaliar uma autoetnografia de forma genuinamente útil,

é preciso abrir-se para ser mudado por ela, para atender ao seu apelo e renunciar ao seu poder (129). Desse modo, é necessária uma abertura epistemológica da mente para avaliar uma autoetnografia.

Não é esperado que uma autoetnografia siga um percurso metodológico linear ou afirme alguma forma de verdade. Nessa perspectiva, o rigor metodológico não se encontra na generalização dos dados e, sim, nos valores da diversidade, respeito mútuo e comprometimento com o pensamento crítico (129). Sendo assim, Adams, Jones e Ellis (116) propuseram um conjunto de 4 metas que elas usam para avaliar a qualidade e o sucesso de uma autoetnografia:

- Fazer contribuições para o conhecimento. Isso significa ampliar o conhecimento e a investigação atual sobre o tema, mesmo que se reconheça que esses novos conhecimentos são situados e contestados. Contribuir para o conhecimento também significa valorizar o insight particular, sutil e complexo, sobre o tema da pesquisa. Poerwandari (130) fala em apresentar as transformações do pesquisador durante a pesquisa e oferecer ao leitor informações relevantes sobre o fenômeno investigado, seja o leitor uma pessoa que não conhece o fenômeno ou quem já conhece, mas não teve oportunidade de escrever sobre isso.
- Valorizar o pessoal e o vivencial. Nesse sentido, é apresentada uma perspectiva pessoal em um contexto cultural, ou seja, explorar a experiência como potencial insight da vida social, além de reconhecer e abraçar os riscos de se apresentar como vulnerável na pesquisa. Esse processo precisa ser honesto e significativo (130).
- Demonstrar o poder, o ofício e as responsabilidades das histórias e da narrativa. Dessa forma, as narrativas precisam apresentar bom-senso e reflexibilidade no momento da criação de significados.
- Adotar uma abordagem responsável da prática e da representação da pesquisa. Isso se traduz em fazer uma pesquisa colaborativa e comprometida com a reciprocidade, mas zelando pela identidade e privacidade dos possíveis participantes.

Dentro desse processo, preciso refletir criticamente e expressar os seguintes pontos sugeridos por Doloriert e Sambrook (114): os relatos que eu escolhi fazer são os melhores? Tem algo que estou escondendo? Tem algo que

estou dando importância em demasia? Ademais, reconhecer que o seu ponto de vista é a vista de um ponto e não pode ser generalizável também garante que o rigor metodológico seja colocado em prática (130). A intenção dessa pesquisa não é oferecer um produto reproduzível, mas estimular a discussão crítica e academicamente embasada sobre um determinado fenômeno.

CAPÍTULO 4

4. O relato autoetnográfico

4.1 Preâmbulo

O objetivo deste capítulo é escrever as memórias, sentimentos e histórias envolvendo a minha experiência com o processo de desenvolvimento da NOA-Caruaru, já que esta foi minha principal responsabilidade durante meu tempo trabalhando no setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Decidi escrevê-la de forma cronológica, não apenas para facilitar a minha memória, mas também para que a concatenação da história se desse de forma sequencial e linear.

O relato está variado no sentido de apresentação dos fatos. Desse modo, ora escrevo algo que foi da minha memória, ora eu utilizo de algum registro desse momento. Decidi por deixar bem destacado o que é da memória e o que é de registro e, por isso, em alguns momentos a palavra registro é utilizada de forma repetitiva. Os registros são diversificados, sendo que os mais utilizados foram e-mails trocados com colegas e gestores, atas de reuniões e relatórios. As partes que citavam o nome de alguma pessoa foram trocadas por colchetes com o perfil da pessoa: colega (gestor do setor da regulação que tem o mesmo nível hierárquico meu), gestor (gestor do setor da regulação ou dos demais setores da secretaria de saúde que tinham um nível hierárquico superior ao meu), trabalhador (profissional da saúde da assistência; quando a profissão era importante, eu faço menção a isso) ou pessoa (usuário do SUS). Importante destacar que vou citar também colegas médicos reguladores, sendo esta a única profissão destacada no texto.

No excerto, vou utilizar as flexões referente aos gêneros das palavras escolhidas, ou seja, todos os colegas, gestores e trabalhadores serão mencionados no gênero masculino, enquanto as pessoas serão tratadas no gênero feminino. Isso pode soar contraditório, não apenas pelo fato de eu ser feminista, mas porque a maioria dos gestores e trabalhadores são do gênero feminino. Porém, me concentrei na figura genérica que vou utilizar para esses

indivíduos. Então, decidi que a figura genérica teria o mesmo gênero da palavra utilizada para elas.

Alguns registros redigidos por mim foram citados de forma direta. O material escrito por outros indivíduos foi citado de forma indireta, apresentando apenas os pontos principais, ou seja, esses pontos já representam um momento de interpretação. Outrossim, decidi por chamar as subdivisões do organograma da secretaria de saúde de setores. Isso se justifica pelo fato de que durante os 7 anos de trabalho as denominações foram alteradas. Sendo assim, decidi utilizar uma denominação neutra. Outro ponto importante é que o organograma da secretaria de saúde alterou não apenas na denominação, mas também em outras estruturas. Porém, três subdivisões se mantiveram: o setor de atenção básica (AB), o setor de atenção especializada (AE) e o setor de regulação. Outros setores existem na secretaria, mas esses não foram mencionados porque não apresentam relação direta com o objeto dessa pesquisa.

Por fim, este relato foi dividido em 5 seções: (a) minha chegada na regulação, na qual descrevo o contexto que me fez iniciar um trabalho no setor da regulação; (b) o início dos trabalhos, em que exponho os problemas que levaram a necessidade de construção da NOA-Caruaru; (c) a construção da NOA, detalhando os meandros da elaboração do documento; (d) o início da implantação da NOA, na qual reconto as repercussões imediatas da normativa, num recorte temporal de 6 meses; (e) a continuação do trabalho, apresentando os momentos posteriores a essa fase inicial até a minha saída da regulação. Cada seção se inicia com uma descrição cronológica, seguida por uma síntese pessoal, em que teço comentários que sumarizam os elementos pessoais do relato, e pontos principais para uma reflexão bioética, na qual eu relaciono os conflitos bioéticos identificados na descrição e da síntese pessoal. Importante destacar que os pontos principais para uma reflexão bioética já constitui um processo de interpretação do relato autoetnográfico, mas que avaliei importante para aproximar o relato da análise que agrega valor.

4.2 Minha Chegada na Regulação

Entrei no setor de Regulação da SMS de Caruaru em julho de 2014, um mês após o final do meu tratamento para um linfoma de Hodgkin. Ainda estava

praticamente careca por causa do tratamento quimioterápico. Muitos olhavam para mim com estranheza, pena ou desprezo, mas estava tão feliz por voltar a trabalhar que não ligava para isso. Destaco que nesse momento fazia 6 meses que o curso de medicina tinha chegado na cidade e estávamos recebendo grande apoio da gestão municipal de Caruaru. Por isso, a contratação de professores foi um dos caminhos escolhidos à época para a integração entre a universidade e a SMS.

Primeiramente, o convite chegou por telefone, a partir de um colega da universidade que já estava atuando na SMS. Depois, fui convidada para um encontro com os gestores, oportunidade em que foi formalizado o convite. Topei na hora, mesmo sem entender muito bem o que iria fazer. Aceitei a proposta nesse contexto por dois motivos: estava precisando de um emprego, já que o salário da Universidade não cobria minhas despesas; bem como não queria voltar a atender em unidades de saúde porque ainda estava muito sensibilizada pelo tratamento do câncer e não queria lidar com o sofrimento dos outros. Assim, um emprego na gestão municipal parecia bom para o contexto pessoal, apesar de que trabalhar na gestão do SUS nunca esteve nos meus planos.

4.2.1 Síntese pessoal da minha chegada na Regulação

Em um registro do meu diário autoetnográfico está escrito: “Pensar em acesso é também pensar no acesso ao meu tratamento de saúde do câncer → privilégio”. Quando aceitei o emprego não sabia que iria estar trabalhando com acesso a serviços de saúde, mas não acredito em coincidências. A partir dessa reflexão, penso que minha paixão pela regulação possa ter vindo da percepção que foi um privilégio ter um tratamento de qualidade e em tempo oportuno da minha doença. Isso foi essencial para a minha recuperação do corpo e o meu bem-estar como um todo, incluindo emocional e profissional. Assim, pensar que colaborei para que as pessoas consigam ter um acesso equânime aos seus tratamentos e, por conseguinte, tenham bem-estar e se recuperem me reconforta e me dá ânimo para continuar trabalhando, mesmo que não esteja mais no setor.

Outro ponto que escrevi no meu diário faz referência à confiança que a SMS depositou em nós professores. Isso abriu as portas não apenas de um

emprego, mas de um relacionamento a longo prazo, independentemente das pessoas que estão na gestão da SMS. Eu repito muito, para gestores e trabalhadores, de que o projeto da universidade é de 30 anos, a fim de dar o sentido de que nós não atuamos pensando em eleições ou pautas imediatas. Penso que isso faz muita diferença na relação que comecei a estabelecer desde então: um olhar técnico e propositivo.

4.2.2 Pontos principais para uma reflexão bioética

Trago como pontos principais de reflexão bioética os seguintes fatos:

- O cargo de professora abriu portas para novas ocupações;
- Era desejo tanto da SMS quanto da UFPE a integração entre as instituições;
- A partir do olhar pessoal, ter acesso à saúde pode ser considerado um privilégio.

4.3O início dos trabalhos

Na primeira reunião que tive com o gestor da regulação, falei que tinha uma resistência muito grande em ser gestora do SUS, pois eu gostava de afrontá-los quando demonstravam alguma característica que discordava. Além disso, também possuía uma visão preconceituosa de que a gestão do SUS era feita, majoritariamente, por pessoas incompetentes e que tinham esse emprego exclusivamente por indicação política. Ademais, já tinha experienciado discutir com gestores do SUS em reuniões, defendendo os pacientes, a ampliação do acesso, mais recursos etc. No fundo, não queria ser alvo de ataques. O gestor foi muito acolhedor diante dessa fala e disse que estava disposto a trabalhar juntos. Me senti positivamente surpresa e acolhida.

Nesse dia, lembro também que o gestor esclareceu minha função, que seria observar e avaliar os problemas da regulação e ter um olhar clínico sobre essas fragilidades. Até então, a função de médico regulador⁶ não existia no setor.

⁶ A partir da leitura da Política Nacional de Regulação no SUS (9), o médico regulador é um gestor que irá operacionalizar a Regulação do Acesso à Assistência, que tem como uma das funções a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão. O médico faz essa atividade exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco

Para ser honesta, dois médicos trabalhavam no setor, mas eles faziam atividades que ninguém via como regulação e, sim, como atividades burocráticas. Ou seja, a partir daquele momento, precisaríamos criar as minhas atribuições na prática cotidiana. Nesse momento, outro colega médico também iniciava seu trabalho na regulação, mas ele trabalhou por menos de 6 meses porque decidiu se mudar para outro estado, inviabilizando sua permanência no setor.

Diante desse pedido, a primeira atividade que executei foi conhecer a regulação (todos os setores, pessoas envolvidas, sistemas e a burocracia) e a rede de saúde de Caruaru (todas as unidades de saúde especializadas e seus gestores, muitos médicos e demais profissionais de saúde que atendiam nessas unidades). A cada dia, diferentes colegas e gestores se revezavam para apresentar tudo. Em paralelo, estava estudando sobre regulação. Já tinha recebido uma aula muito boa do gestor, mas sou acadêmica, então estudar está em mim de forma vital. Essa fase do meu trabalho foi chamada de diagnóstico do funcionamento do setor da Regulação: observei e anotei tudo que via⁷ e estudei vários materiais (artigos científicos e documentos técnicos do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde).

Em e-mail enviado menos de um mês após minha contratação, a demanda que recebi da gestão foi criar um Plano Estratégico de Atuação do Médico Regulador. Portanto, a ideia era criar uma agenda que atacava os seguintes problemas prioritários para a gestão: reorganização e qualificação da fila de espera; estabelecer mecanismo de controle a curto prazo na área laboratorial (análises clínicas); focar na saúde mental (nesse ponto, não estava claro o desígnio). Em resposta à demanda, escrevi:

“Algumas ações que podem ser detalhadas e com prazos da seguinte forma: (1) Manual completo da regulação: com a estratégia de regulação e as ferramentas completas (prazo de 6 meses); (2) Ferramentas de regulação para fila de espera (prazo de até 2 meses); (3) Ferramenta de regulação para área laboratorial (prazo de até 2 meses)”.

e demais critérios de priorização. O médico regulador pode atuar tanto a nível ambulatorial, quanto hospitalar e de urgência e emergência.

⁷ Infelizmente não tenho comigo essas anotações, pois estavam em um caderno que foi furtado quando meu carro foi arrombado.

Esse foi o primeiro registro sobre o “manual da regulação”, ou seja, diante do que tinha visto, já havia identificado a necessidade de escrever um documento em que organizasse as ações da regulação a fim de melhorar seu processo de trabalho. Me recordei, também, de uma reunião em que eu, um colega e um gestor da regulação estávamos debatendo sobre os problemas da regulação, na qual eu perguntei se existia algum protocolo de encaminhamento, já que era um documento citado em vários artigos científicos e documentos técnicos do Ministério da saúde. Penso eu, agora, que esse deve ter sido o ponto de partida da ideia do manual.

Também rememorei o motivo de não ter mencionado no e-mail o nome ‘protocolo’, como está escrito em muitos artigos e documentos. Nunca gostei do nome protocolo, pois me passa a impressão de ser algo restritivo, linear, sequencial e, para mim, o cuidado em saúde é feito de nuances que necessitam de flexibilidade. Sob esse viés, o nome “manual de regulação” soou melhor, como um documento norteador, mais próximo dos propósitos dos documentos capazes de congregarem os aspectos complexos da assistência à saúde.

Em resposta a esse e-mail, um colega também sugere: (1) centralizar as cotas de agendamento para especialistas para visualizar de onde vem a demanda; (2) ampliar a resolutividade da AB para diminuir encaminhamento desnecessário; (3) padronizar o impresso de encaminhamento para garantir contrarreferência; (4) rediscutir o fluxo de encaminhamento para a Unidade de Saúde Mental (muitas consultas com queixas simples, ocupando as vagas de casos complexos). Esse colega, portanto, não apenas esclareceu a demanda da saúde mental, mas também adicionou novas responsabilidades ao manual.

Em um documento que contava a história da NOA, escrito em 2017⁸, escrevi alguns problemas que foram observados em 2014:

- Baixa qualidade nas referências aos médicos especialistas: a maior parte da reclamação dos médicos especialistas que atendiam as pessoas encaminhadas pela atenção básica era que não havia indicação para estarem sendo visto por especialistas e que aquele problema de saúde poderia ser lidado pelos profissionais desse nível de atenção;
- Ausência de contrarreferência: os médicos da atenção básica não recebiam retorno dos médicos especialistas sobre os atendimentos dos pacientes que eles também acompanhavam;

⁸ Em 2017 ocorreu a primeira transição de governo municipal desde que comecei a trabalhar na regulação. Nesse momento, a gestão que estava assumindo solicitou por escrito a história da NOA e assim o fiz.

- Ausência de mecanismo de comunicação entre os profissionais da atenção básica com os profissionais da atenção especializada;
- Grande fila de espera para exames complementares e consultas especializadas: apesar do município ter uma oferta adequada de número de exames e de consultas a partir dos parâmetros assistenciais definidos pelo SUS, a fila permanecia grande. Ou seja, a demanda por esses procedimentos ultrapassava o limite da assistência especializada;
- A fila de espera não discriminava as pessoas diante de suas necessidades de saúde. Ou seja, aquelas que tinham maior necessidade de um exame ou consulta especializada por causa de condições clínicas e outras vulnerabilidades não eram priorizadas no sistema de gestão da marcação de exames e consultas.

Lembro que essa lista de problemas dialogava muito com os artigos estudei⁹. Todos os artigos indicavam a implementação de protocolos de acesso e linhas de cuidado para orientar o encaminhamento e marcação de consultas e exames. Me recordo, também, do momento em que me deparei com a diversidade de protocolos acerca do acesso à assistência à saúde existente em várias cidades de grande e médio portes no país, além de protocolos estaduais. Ainda tenho esses protocolos arquivados em uma pasta de documentos do meu computador.

Outra oportunidade que o manual poderia nos dar seria descrever as responsabilidades do médico regulador e dos demais profissionais que atuam na regulação assistencial, já que foi uma das primeiras questões que o gestor colocou. Normalmente, protocolos não contemplam a parte de gestão do processo de trabalho. Contudo, vislumbramos a possibilidade desse material (re)definir o processo de gestão da regulação dos fluxos assistenciais como um todo, e não apenas trabalhar as questões clínicas. Nesse sentido, o manual seria um documento clínico e de gestão, unindo duas facetas do cuidado que normalmente estão separadas em diferentes documentos técnicos.

Outro registro de problemas identificados nessa etapa está numa proposta de uma mesa redonda para um congresso de medicina de família e comunidade

⁹ Tem um registro de e-mail de agosto de 2014 no qual encaminho para as colegas os seguintes artigos: Silva (131) e Hartz e Contandriopoulos (132). O primeiro artigo trata sobre trabalho e discute “o papel da avaliação tecnológica, e da análise custo-efetividade em particular, no planejamento e gerência da difusão e incorporação (financiamento) de tecnologias de saúde, com base em evidências científicas, no SUS” (131, p. 501). Nesse viés, defendo os protocolos como recursos para reduzir custos com efetividade no cuidado clínico. Já o segundo artigo acentua a importância da integralidade na rede de atenção à saúde e a complexidade de se implementar essa rede no cotidiano real do SUS. A NOA-Caruaru também traz várias das referências bibliográficas que estudei para poder planejar o documento.

que iria ocorrer em 2015, mas com as submissões de trabalhos ocorrendo ainda em 2014¹⁰. Nessa proposta, escrevi que:

Objetivos da mesa redonda: (1) discutir o papel da APS e as necessidades de saúde das pessoas como indutor de mudanças na política de regulação em saúde. (2) abordar aspectos da gestão da regulação em saúde tendo o acesso como centro desse processo. (3) apresentar experiência da regulação em saúde como apoiador de ações em educação permanente.

(...)

Um dos problemas da regulação é dar resposta à crescente demanda de consultas especializadas e exames complementares solicitados pela APS e AE. A demanda é crescente por vários motivos, entre eles, a supervalorização do conhecimento especializado e dos exames complementares. O abuso de tecnologias duras gera uma demanda que é difícil de manejar, tendo como consequência grandes filas de espera e demora no atendimento das necessidades de saúde das pessoas que realmente necessitam. Por fim, o objetivo de cuidar das pessoas a partir de suas necessidades é negligenciado. Como resposta a essa problemática, o [setor de regulação] Caruaru desenvolveu o Manual de Ferramentas para a regulação com o fim de (1) organizar a demanda e oferta de serviços especializados e (2) apoiar ações de educação permanente a partir da identificação das demandas trazida pelos profissionais da APS.

Esse registro já indicava o meu caminho político e ideológico em torno da regulação e seu papel no sistema de saúde.

Dando continuidade ao elenco de problemas identificados que culminaram na elaboração do manual, está no registro de uma reunião realizada em novembro de 2014 com colegas e gestores a fila de espera para atendimento no serviço especializado de fisioterapia e a falta de muitas pessoas a esse tipo de consultas. À época, foi comentado que nas unidades básicas de saúde que tinham equipe multiprofissional com fisioterapeuta, os encaminhamentos ao serviço especializado de fisioterapia eram avaliados por eles. Já nas unidades que não contavam com esse profissional, os encaminhamentos eram feitos por médicos ou enfermeiras, mas não continha nenhum critério para tal. Ainda, muitas vezes eram os usuários que solicitavam esse serviço e o profissional apenas atendia ao pedido. Outra complicação era a falta de contrarreferência em relação à avaliação clínica da pessoa e o plano de cuidado, a fim de ser compartilhado com os profissionais da ESF. Por fim, avaliamos que sequer havia uma lista dos serviços prestados no setor especializado da fisioterapia. As consequências desses fatos faziam com que, por exemplo, pessoas sem

¹⁰ Cheguei a escrever a proposta, mas sei que não foi submetida.

indicação de fazer fisioterapia fossem encaminhadas, gerando o aumento da fila de espera.

Esse registro, portanto, indica que profissionais de saúde que não tinham capacitação para lidar com certos temas deveriam ter, em um documento, um norteador das ações clínicas e burocráticas.

4.3.1 Síntese pessoal do início dos trabalhos

Ao escrever esse relato, minha lembrança foi diretamente a um pensamento recorrente da época: quando me era apresentado uma ação ou situação que eu não via propósito de ocorrer, eu dizia: “isso não faz sentido”. Assim, me perguntava sempre: por que esse processo é feito desse jeito e não de uma outra forma mais eficiente? Por que esse serviço de saúde não se mudou desse local insalubre? No meu diário autoetnográfico está escrito: “talvez o meu papel seja tentar dar sentido para as coisas. A NOA é dar sentido à regulação do acesso. O que faz sentido para mim, faz sentido para os outros?”

Meu diário também versa sobre o ser gestora do SUS, que comecei a construir nessa época: “Até hoje penso se sou uma boa gestora. Sei que sou. Na verdade, fico pensando se gosto de ser gestora. Acho que sim, se não, não aguentaria muito tempo. Sempre gostei de organizar e conversar com as pessoas. Sempre gostei de ser autêntica. Sempre gostei de fazer o meu melhor. Isso tudo é importante para ser gestora.” Refletindo sobre isso, não acho que a questão não é ser boa ou gostar do que faz, mas entender a encomenda e trabalhar visando entregar o que foi pedido. Contudo, é claro que esse processo não é direto e passa pelos meus interesses, opiniões, valores, etc. De toda forma, sou flexível e sei dialogar com as entregas que precisava fazer e com as minhas próprias necessidades e opiniões.

Durante o meu trabalho na regulação, conseguia fazer com que esse diálogo não fosse conflituoso. Quando me pediam para fazer coisas que não concordava, eu deixava muito claro que não iria fazer e elencava todos os motivos. Fazia questão de dizer que minha recusa não era arbitrária, mas tinham muitas justificativas baseada em ciência, em valores, em experiência. Lendo isso, me soa como objeção de consciência. Por outro lado, quando me pediam para fazer alguma coisa que não era a minha função, mas que eu via como

estratégico, eu fazia sem reclamar. E eu ainda registrava mentalmente todos os momentos em que eu realizava essas tarefas. Essa memória era importante quando eu me recriminava por ter perdido algum prazo ou não ter feito alguma tarefa. Claro que utilizava isso para reportar a colegas e gestores o meu atraso. Me reconfortava saber que eu não estava parada. Por fim, no meu diário autoetnográfico, registrei que naquele momento acreditei na “minha subjetividade” e no meu “olhar técnico”.

Muita coisa aprendi nesse momento, mas o principal é que vi que a gestão da saúde é feita por pessoas com diferentes experiências, formações, valores, paradigmas de mundo e intenções. Ademais, percebi que gerir significa compatibilizar essas diferenças, pegar o melhor de cada um e coordenar as ações de forma a fazer sentido para todos e todas. Avalio que boa parte das alegrias e decepções de se trabalhar na gestão da saúde partem dessas diferenças.

Esse meu ser gestor em desenvolvimento me fez pensar em um registro no meu diário no qual questiono se quero fazer uma autoetnografia por vaidade. Saber que vai fazer bem alguma coisa é condição importante para quem vai ser liderança em qualquer situação. Por isso, a vaidade pode ser um sentimento que une todos os gestores. Por mais que eu reconheça a minha vaidade, acredito que a minha veia militante fala mais alto. Em verdade, não gosto de escrever, principalmente sobre mim. Já fiz diário na adolescência, mas nunca deu muito certo (os relatos são esparsos). Muitas pessoas me consideram reservada, exatamente por não me expor tanto. Não gosto de redes sociais, por exemplo. Enfim, esses fatos podem indicar que a minha vaidade pode não estar presente de maneira excessiva nesse relato.

4.3.2 Pontos principais para uma reflexão bioética

Para incluir na análise bioética, destacamos os seguintes tópicos:

- Necessidade de muitos estudos científicos para desenvolver a NOA;
- Dar sentido aos pensamentos e ações era uma demanda;
- Unir fluxo assistencial e atividade clínica;
- Privilégio em conseguir um procedimento ou atendimento após enfrentar uma longa fila de espera;

- Desprezo pela palavra “protocolo”;
- Desejar dar solução para os problemas levantados;
- Compromisso da gestão com a implantação da NOA;
- Existência de parâmetros assistenciais.

4.4A Construção da NOA

A NOA começou a tomar forma logo após a primeira citação ao documento, mas ainda se chamava manual. Em e-mail de agosto de 2014, tem-se o registro do primeiro título oficial: Ferramentas para a regulação de serviços de consultas especializadas e apoio a diagnose e terapia, ou seja, o documento não se chamava manual, mas era assim que ele era sempre referido. Reproduzo aqui os objetivos do manual que escrevi nessa mensagem:

O objetivo principal dessas ferramentas é garantir o cuidado universal, integral e equânime das pessoas residentes em Caruaru. A gestão para produção do cuidado é o foco da [setor da regulação] do município de Caruaru. Com esse documento, apoiamos médicos, enfermeiros e os demais profissionais de saúde da Atenção Básica e Especializada a prestarem cuidado resolutivo e integral às pessoas, garantindo acesso aos exames laboratoriais e de imagem (apoio a diagnose e terapia) e consultas com especialistas a partir das necessidades dos usuários.

A partir de agosto, o meu trabalho principal foi começar a escrever o manual. Há um e-mail desse mês dizendo que estava escrevendo o manual “de forma alucinada.” Ainda, está registrado que em outubro de 2014 marquei diversas reuniões com várias pessoas da gestão para apresentar a ideia, como o manual estava sendo desenvolvido e o raciocínio que estávamos usando para construí-lo. Também está registrada a minha reclamação: “dá mais trabalho do que imaginei”.

Essas diversas reuniões repercutiram no aperfeiçoamento da proposta. Ela foi crescendo e, cada vez mais, recebendo adesão de pessoas importantes da gestão. Assim, ao final de outubro daquele ano, a gestão solicitou a apresentação do manual para as pessoas do setor de regulação. É o primeiro registro do manual de ferramentas sendo enviado para colegas. Nessa ocasião, escrevi:

Em anexo está a primeira versão do manual. Lembrar que tudo isso são sugestões. Essas sugestões foram construídas a partir de todas nossas conversas, minhas conversas com [gestora], as reuniões com [colegas], reunião com [gestores de outros

setores]. Claro que não posso deixar de lado minhas próprias experiências como médica da atenção básica.

Destaco para vocês a importância de vocês lerem a introdução e a primeira parte do manual. Nesses trechos, se descreve como se dará o processo regulatório, então o central do manual é esse.

Na parte 2 e 3 são as partes mais clínicas do manual.

A metodologia que eu proponho de trabalho é a seguinte: todos leem o material e destacam as partes que precisam ser discutidas ou modificadas ou apagadas ou qualquer outro motivo. Assim, na reunião, a gente discutiria essas partes com o coletivo. Se já tiverem um texto com sugestão de modificação, adição ou supressão de texto, vai facilitar o nosso trabalho. Quem tiver o interesse de se aprofundar sobre regulação e protocolos de regulação, sugiro ler o material que está citado nas referências. Todos os textos estão disponíveis de graça pela internet.

MUITO IMPORTANTE: por favor, não divulguem esse material para os outros [gestores] ou qualquer pessoa do nosso departamento ou de outros setores da gestão. Só quero apresentar para eles depois de discutir isso com vocês. Nós temos que estar seguros do conteúdo desse material antes de apresentar ele para outros departamentos. Assim que pudemos colocar esse manual em prática, vamos planejar a execução do mesmo.

Uma prova da concordância dos gestores da regulação e da SMS sobre esse manual foi o fato de que em novembro de 2014 foi marcada uma reunião com oito médicos da AB para conversar sobre a “parte clínica do manual”. Não há ata ou algum registro sobre como foi esse encontro, mas lembro que ele ocorreu.

No final de novembro, recebemos a informação que no início de dezembro haveria uma reunião ampliada e formal com os gestores de alto nível da SMS para a aprovação final da ideia do manual. Para mim, essa reunião era sobre a “política da regulação” e “construção e execução do manual.” Como preparação para essa reunião, escrevi um roteiro de reunião, no qual descrevo o que seria apresentado e as minhas preocupações. Submeti esse roteiro à avaliação do gestor da regulação. Descrevo no quadro 1 alguns trechos desse documento:

Quadro 1 – Trechos do roteiro de reunião com gestores da SMS (continua)

Trechos do roteiro
Apresentação da teoria da política de regulação: garantir o cuidado do usuário a partir de suas necessidades de saúde. Medicina moderna supervaloriza tecnologias duras e saberes superespecializados. Centralidade da atenção básica e das necessidades de saúde de indivíduos e comunidades como ordenador do cuidado e conseqüentemente ordenador do processo de regulação. Valorizar as tecnologias leves e interdisciplinaridade no ato do cuidado. Lembrar que garantia de acesso a exames e especialistas não é garantia de cuidador resolução do problema de saúde. Ou seja, o direito à saúde não necessariamente é o direito ao exame ou especialista.

Quadro 1 – Trechos do roteiro de reunião com gestores da SMS (continuação)

Preocupações e destaques do gestor sobre o trecho anterior
Tornar esse ponto objetivo, ou seja, não demorar na teoria e cansar os presentes na reunião. Reforçar a necessidade do manual em fazer com que a regulação seja de responsabilidade compartilhada entre regulação e assistência à saúde.
Trechos do roteiro
O manual vem para tornar explícito a política de regulação e detalhar os procedimentos.
Preocupações e destaques do gestor sobre o trecho anterior
Destaque ao fato de que os procedimentos são de todos os níveis de atenção no município, mas também afirmando que é de responsabilidade da atenção básica o início do cuidado e que a partir desse nível é que a pessoa irá ser atendida nos outros pontos da rede.
Trechos do roteiro
O manual de ferramentas propõe a maneira com que os exames e consultas especializadas podem ser utilizadas para resolver o problema de saúde de indivíduos.
Preocupações e destaques do gestor sobre o trecho anterior
Destaque ao tempo oportuno e necessidade de oferta pelos serviços de atenção especializada para quem de fato necessita.
Trechos do roteiro
Detalha algumas indicações de exames e solicitação de consulta especializada a partir de evidências pesquisadas. O principal foco é apoiar a tomada de decisão clínica dos profissionais de saúde tanto da atenção básica quanto da atenção especializada. Para dar resposta a fila de espera, vamos dar inteligência clínica a essa fila já que foi evidenciado que parte dos usuários da fila não precisam do exame ou consulta.
Preocupações e destaques do gestor sobre o trecho anterior
Focar na proposta de fazer um processo de educação permanente (EP) nas linhas de cuidado que tem mais fila de espera. Essa EP seria feita em conjunto com a gestão da atenção básica. Dar destaque para a descentralização da fila de espera para que sua gestão seja compartilhada com a ESF. Um exemplo da necessidade dessa gestão de fila compartilhada tem a ver com o fato de que em um levantamento feito pela gestão da saúde mental do município, apenas 50% das pessoas na fila de espera realmente necessitavam de uma consulta com médico psiquiatra.
Trechos do roteiro
A sugestão do setor de regulação é contratar médicos reguladores para atuarem na regulação de algumas especialidades e procedimentos de maior demanda, como ortopedia, reumatologia, ultrassonografias, e exames laboratoriais de alto custo. Mostrar o fluxograma que foi desenvolvido para demonstrar como será o processo de regulação e todo material que será necessário. Enfatizar como essa forma de operacionalizar a regulação irá dar subsídios para as ações de educação permanente com profissionais da atenção básica e especializada. Além disso, não só diminuirá a fila de espera, mas garantir o cuidado dos usuários. O médico regulador teria 2 papéis principais: autorizar os exames e consultas (inclusive o tratamento fora do domicílio) e realizar ações de educação permanente com as equipes de atenção básica e atenção especializada. Falar da necessidade de recursos humanos empenhado em realizar o trabalho, inclusive médico regulador. Inicialmente, sugerimos ter 2 médicos reguladores. Porém, na ampliação, vamos precisar de mais 2 médicos reguladores (total de 4). Necessidade de um programador para desenvolvimento do sistema já existente (o tempo é pequeno em decorrência da capacidade de programação para as ações de regulação que não se resume em fluxo assistencial, mas também em controle e avaliação da rede de saúde. É um privilégio ter um sistema que pode ser adaptado às necessidades do município.
Preocupações e destaques do gestor sobre o trecho anterior
Destacar a necessidade de ampliação do financiamento da regulação, tanto para recursos humanos quanto para transporte. Nesse item do transporte, foi mencionado a utilização do carro que seria da regulação para outras demandas da secretaria de saúde que não eram da regulação.
Trechos do roteiro
Quanto aos desafios da própria regulação não acho interessante discutir neste momento, no que se refere ao perfil dos reguladores, médico regulador, pois caberá no nosso plano de ação interna do departamento garantir esta formação contínua. Devemos levar a condição de proposta para os demais se não vamos sair da apresentação com as nossas próprias

<p>Quadro 1 – Trechos do roteiro de reunião com gestores da SMS (conclusão)</p>
--

<p>demandas que já sabemos e estamos encaminhando processo. Devemos estrategicamente conquistar a abertura dos espaços da atenção básica e especializada para comunicação, informação, formação e aí inclui o fortalecimento e compreensão dos apoiadores institucionais, que parte disto compete a regulação instrumentalizar que é o que se propõe o manual, então não será o desafio e sim aceitação a partir da concordância da gestão.</p>

<p>Preocupações e destaques do gestor sobre o trecho anterior</p>
--

<p>Destaque aos desafios: capacitar recepcionistas das ESF; aprimorar a comunicação da gestão da atenção básica com profissionais solicitantes para que estes se responsabilizem pela orientação do fluxo a partir do manual e esclarecimentos nos fluxos assistenciais.</p>
--

A reunião ocorreu na data planejada e enviei uma mensagem imediatamente após a reunião para o gestor escrevendo: “[...] eu achei a reunião muito mais tranquila do que eu imaginava. [...] Nosso recado foi dado, entendido e acatado. Acho que do ponto de vista do manual, vamos conseguir avançar e como temos autonomia de gerenciamento sobre a regulação, vai facilitar as coisas”. Um dia após a reunião, também recebi a ata que tem registrado os encaminhamentos. Dou destaque aos seguintes:

- Necessidade de conversar com o prefeito para apresentar a mudança no processo de marcação de consultas e exames;
- Listar o perfil dos médicos reguladores (foi autorizada a contratação de 4 médicos reguladores);
- Fazer um levantamento dos procedimentos que serão submetidos à autorização de médicos reguladores;
- Desenvolver e apresentar o modelo de novos formulários de encaminhamento para implantação do manual;
- Planejar reuniões para apresentar o manual para todos os setores da secretaria em fevereiro de 2015.

Aqui, dou ênfase à necessidade de conversar com o prefeito sobre uma questão que supostamente deveria ser técnica, mas aprendi na reunião que isso envolvia uma grande questão política. Isso se dava uma vez que a política estava muito presente junto às unidades de saúde da família e nos centros de saúde para influenciar a marcação de especialista e exames. A proposta do manual era centralizar essa marcação para dentro do setor de regulação, ou seja, seria mais difícil para a política influenciar no agendamento de consultas e exames. Essa faceta política da regulação foi uma surpresa para mim e confesso que senti muita desesperança na política por ela fazer esse tipo de ação. Contudo, a disposição dos gestores em conversar com o prefeito demonstrou a confiança

deles na proposta, evidenciando iriam tomar as medidas necessárias para destravar qualquer dificuldade política.

Após essa etapa de aprovação pela gestão principal da secretaria de saúde, sabendo que levariam à diante a proposta, demos seguimento à apresentação da norma, seguida do recebimento de sugestões de alterações dos diferentes setores. Em e-mail de meados de dezembro de 2014, enviei para a chefia a proposta de cronograma de implementação do manual. Ele dizia:

“janeiro ou fevereiro de 2015: apresentação para gestão dos departamentos; fevereiro de 2015: apresentação para o Conselho Municipal de Saúde; Apresentação para médicos e enfermeiras da Atenção Primária à Saúde e médicos da Atenção Especializada; março de 2015: implantação do Manual.”

Outra comprovação do compromisso da gestão com o desenvolvimento do manual se deu a partir da inclusão desse ponto no planejamento anual de ações do setor de regulação, que posteriormente foi incluído no planejamento geral da secretaria de saúde.

Um registro importante que ocorreu nesse momento foi a inclusão de uma proposta muito significativa para a regulação: a regulação médica formadora. Essa proposta foi construída em reuniões com gestores, mas a partir de uma ideia minha de que seria importante para a regulação que a assistência fosse resolutiva¹¹. Destaco no quadro 2 alguns pontos que estão na proposta que escrevi:

Quadro 2 – Resumo da proposta da regulação médica formadora (continua)

<p>Título: Sistema de Regulação Formador: Uma proposta</p> <p>Introdução: A garantia do cuidado integral no Sistema Único de Saúde ainda é um desafio. Quando se fala de integralidade, fala-se não apenas da integralidade da assistência direta ao usuário, mas também da rede de apoio que deve fazer parte do cuidado ao usuário, sua família e sua comunidade. Porém, garantir essa integralidade, quando a demanda é grande e a oferta é limitada, impõe desafios para a regulação, otimização, controle e avaliação desses processos. Assim, [o setor de regulação] vem propor uma agenda de trabalho que tem como objetivo aumentar a capacidade cuidadora das equipes de saúde da Atenção Básica e Especializada. Com o caráter de Educação Permanente em Saúde (EPS), na qual o cotidiano do trabalho em saúde está no centro do processo, objetiva-se fomentar ações de melhoria da capacidade resolutiva dos encontros clínicos, apoio matricial, fluxos de rede, agendamento de consultas especializadas e exames de apoio a diagnose e tratamento; enfim, visa-se potencializar as ações cuidadoras, através de mecanismos de assistência e gestão, em um intrincado processo de aprendizagem, ação, reflexão e ressignificação do processo de trabalho. Finalmente, objetiva-se também ressignificar a relação entre a assistência e a gestão;</p>

¹¹ O conceito de resolutividade compreende que cada serviço de saúde vai resolver todos os problemas que são de responsabilidade do seu nível de atenção. É também um dos atributos da APS, como descrito na PNAB (17).

Quadro 2 – Resumo da proposta da regulação médica formadora (conclusão)

<p>Objetivos: o objetivo da proposta do Sistema de Regulação Formadora é garantir o cuidado integral das pessoas com qualidade, integralidade, equidade e em tempo oportuno, a partir do aumento da capacidade resolutiva da assistência à saúde da Atenção Básica e Especializada e da gestão dos mecanismos de fluxo de pessoas no sistema de saúde. Dentro dos objetivos específicos, tem: Compreender e avaliar as situações dos serviços de saúde, a partir dos olhares de usuários, gestores e trabalhadores; [...] Implantar o Manual de Ferramentas para Regulação, desenvolvido pelo setor de regulação;</p>
<p>Metodologia: Educação Permanente em Saúde como definido por Ceccim (134): “Educação Permanente em Saúde está carregando a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, - implicando seus agentes, - às práticas organizacionais, - implicando a instituição e/ou o setor da saúde, - e às práticas institucionais e/ou intersetoriais, - implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde” (p. 161).</p>
<p>Método: oficina com todos os profissionais de saúde da AB e AE para apresentar essa proposta. Isso seria o ponto inicial do processo. [...] Os encontros de EPS com os médicos poderiam ocorrer quinzenalmente, para dar conta da apresentação, discussão e ajustes de mudança do processo de trabalho com a implantação do Manual de Regulação. Essa implantação já vai gerar discussão e propostas de temas para EPS futuras. Nesses encontros, vamos utilizar metodologias ativas de aprendizagem, como discussão de casos elaborados pelos facilitadores ou trazidos pelos médicos. Nos encontros iniciais, vamos abordar os temas envolvendo os problemas de saúde que geram mais encaminhamento aos seguintes especialistas e exames: ortopedista, reumatologista, oftalmologista, neurologista, ultrassonografias e exames laboratoriais. Depois desses passos iniciais, propomos a criação de espaços mensais de formação, na qual o processo de EPS fosse, de fato, permanente.</p>
<p>Cronograma: O documento segue com a proposta de cronograma. Mês de implementação do manual: abril/2015.</p>

Entendo que a proposta da regulação médica formadora é inovação do manual. Trazer a responsabilidade de aumentar a resolutividade da assistência para dentro da regulação é algo visto mais recentemente, através de mecanismos como teleconsultoria. Contudo, naquele momento não se tinha a prática da regulação interferir na assistência dessa maneira. De fato, nos protocolos a que tinha acesso, e nos documentos técnicos do Ministério da Saúde, não se menciona essa atribuição da regulação. Esse ponto terá uma relevância central durante a implantação da NOA.

Em paralelo a essa discussão sobre o manual, ficaram registradas algumas preocupações do gestor da regulação sobre o meu trabalho e minha carga horária. O novo processo de trabalho gerado a partir do manual também impactava nos demais médicos que atuavam no setor, mas que estavam alheios a essa discussão e precisavam ser incluídos. Segue no quadro 3 uma troca de mensagens com o gestor da regulação que ilustra essa preocupação:

Quadro 3 – Troca de mensagens com gestor da regulação

Minhas mensagens	Mensagem do gestor em resposta às minhas mensagens
Mudando de assunto: soube por [colega] que você conversou com [colega médico]. Agora preciso conversar com você para saber o que vocês negociaram e quando poderemos começar os trabalhos.	Primeiramente, demonstra a necessidade de fixar meus horários de trabalho no setor de regulação para dar apoio na implantação do manual. Depois, comenta que a agenda dele está intensa e que eu não poderia esperar para fazer aquilo que fosse da minha competência. Também comenta que precisa da minha ajuda para lidar com os demais médicos da regulação por causa da saída de um colega e a falta de apoio de uma parte da gestão central da SMS.
Estou entendendo que você quer que eu comece a fazer as coisas, independentemente de você. Mas tenho preocupações sobre a minha legitimidade dentro dos espaços. Vou começar a construir as coisas e se eu tiver dificuldades, falo com você. Você falou com [colega médico] que sou seu que vou 'gerenciar' a parte médica da regulação? Preciso disso para começar a trabalhar com [colega médico]. Por fim, vamos manter nossa reunião fixa nas quintas a tarde?	A resposta veio afirmativa, mas comenta que gostaria da minha presença para conversar com os demais médicos. Comentou, ainda, que ele estava presente mais na sede da regulação do que na sede da secretaria de saúde, deixando a entender que eu estava mais presente na sede principal do que na regulação. E quanto à minha independência, comentou do planejamento em conjunto para direcionar minhas ações. Por fim, me pediu para iniciar atividades de autorização de laudos, que eram feitas pelos demais médicos do setor da regulação.

Esse trecho de troca de mensagens é revelador de alguns fatos:

- Apesar de eu não ter citado sobre a minha carga horária e este não ser o motivo principal da mensagem, ele é citado pelo gestor e se torna uma questão;
- Meu local de trabalho também foi alvo de crítica quando se falou que eu estava mais na sede da secretaria de saúde do que no setor da regulação;
- Há subentendido, também, um receio sobre a independência do meu trabalho. Ora tenho autonomia, ora ela deve ser combinada com os gestores.
- Minhas perguntas demonstram a minha ciência das inquietações sobre a minha independência.

Um fato que está na minha memória é de que, durante boa parte desse processo, eu estava em casa escrevendo o manual. Além disso, eu e o gestor da regulação tínhamos combinado uma agenda de trabalho flexível para poder me adequar às atividades da universidade. Ademais, por causa do impacto desse manual nos demais setores da secretaria de saúde, havia muitas reuniões

na sede principal. Isso me recorda da acusação de que eu não estava trabalhando, pois ninguém me via no setor da regulação, se tornando, inclusive, um problema interpessoal entre colegas, tanto naquele momento quanto em posteriores.

Apesar do salto temporal, mas para dar continuidade a esse tema da minha carga horária, em meados de março de 2015, o gestor da regulação apresentou, mais uma vez, sua demanda por organizar a minha agenda de trabalho, explicitando que eu deveria ter turnos específicos para estar presente no setor. Ainda, o gestor reforça que a agenda dele está complicada e com dificuldades de lidar com todas as demandas.

Dando continuidade ao trabalho da construção do manual, há registros de pedidos de marcação de reunião com diversos setores da secretaria de saúde nos meses de fevereiro e março de 2015, inclusive com o Conselho Municipal de Saúde. Em uma dessas mensagens, há a referência a um Grupo de Trabalho (GT) sobre o manual, me fazendo recordar que realmente foi formado um GT sobre o manual, com a participação de colegas e indivíduos da gestão de diversos setores.

De registro sobre os trabalhos desse GT há uma mensagem de uma colega que escrevia um relatório sobre o número de consultas que o município de Caruaru deveria ofertar a partir de parâmetros assistenciais¹² definidos pela portaria do Ministério da Saúde. Esse documento descrevia, por exemplo, que o parâmetro de consultas de neurologia para os municípios de Caruaru seria 191 por mês, mas a secretaria de saúde ofertava 463 consultas nessa especialidade por mês. Outro destaque foi o número de ultrassonografias: o parâmetro assistencial definia 1.070 ao mês e, na prática, a oferta era de 1.562 no mesmo período. Além disso, um destaque também foi o número de consultas em reumatologia, em que o parâmetro assistencial definia 61 consultas mensais enquanto a oferta, na realidade, era de 31. A conclusão é que em algumas especialidades a oferta era muito maior do que a estipulada, enquanto em outras o número estava aquém. Esse fato fez o GT entender que o problema da fila de espera estava tanto no excesso de solicitação, quanto pela oferta diminuída.

¹² Os parâmetros assistenciais estimam a oferta de consultas e exames a partir da população definida pelo IBGE, ou seja, os parâmetros estabelecem uma proporção de número de procedimentos para cada município. Isso ajuda as secretarias de saúde a planejarem a oferta de serviços.

Sendo assim, o excesso de solicitações poderia justificar a necessidade da EP para o aumento da resolutividade dos serviços.

Em e-mail de março de 2015 houve o registro de uma mudança importante: pela primeira vez houve menção ao novo nome do manual, NOA. Eu lembro que essa denominação foi desenvolvida em uma reunião (provavelmente de um GT), na qual um gestor comentou que pensava que o nome do manual deveria ser Norma Operacional. Lembro que gostei muito da ideia, mas minha preocupação era não confundir com demais documentos que também se chamam Norma Operacional. Norma Operacional dá nome à documentos importantes do Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992, 1993 e 1996 (134-137), assim como as Norma Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 (138-139). Contudo, sabia que o sentido dessas NOB e NOAS era desenvolver normativas que iriam colocar em prática os princípios do SUS. Isso é condizente com o objetivo do manual de colocar em prática princípios como integralidade, equidade e cuidado centrado nas necessidades das pessoas. Dessa forma, a partir desse dia, o nome do manual se tornou NOA, mas sabendo que o A era de acesso e não assistência. Foram incluídos, também, os demais sobrenomes que o manual já tinha e o título completo ficou Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames Complementares.

Em março de 2015, há registro das conversas com médicos que potencialmente poderiam ser médicos reguladores. Para preparar a reunião, fiz uma apresentação de slides com os pontos principais da nossa reunião e lá está o registro que norma operacional “É um instrumento normativo infralegal maior de operacionalização dos preceitos da legislação do SUS”. Na apresentação, não estava identificado de onde havia tirado esse conceito¹³. Nessa apresentação, estão as bases teóricas da NOA:

- A produção do cuidado deve ser centrada nas necessidades dos usuários, tendo como eixo “tecnologias leves (as inscritas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e tecnologias leve-duras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado)” (142, p. 161). Ou seja, o cuidado em saúde não significa a prescrição de exame ou encaminhamento a consultas especializadas.

¹³ Pesquisando hoje, vi que esse texto está no Wikipedia sobre a NOB sobre Recursos Humanos do SUS (134).

- A atenção básica é o nível de atenção onde a produção do cuidado deve ser iniciada e ordenado, já que está mais próximo das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidade. A coordenação do cuidado admite que a assistência e gestão andam juntas, incorporando ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado.
- As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede.
- A produção do cuidado na atenção especializada deveria ser garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica. Redes assistenciais devem ser interdependentes, já que nenhum nível de atenção agrega todas as tecnologias que um usuário possa precisar. Indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais e coletiva.

Pelos registros de março e abril de 2015, continuamos a ter reuniões com os médicos reguladores e colegas, sempre no sentido de planejar o início da implementação da NOA, mesmo que em mensagem de meados desse mês eu tenha citado que a data de implementação da NOA ainda não existia. De toda forma, a NOA estava em consulta pública no período de 30/03/2015 a 17/04/2015. O site, inclusive, continua ativo (143) e o arquivo original da consulta pública ainda pode ser baixado. No final de abril, há um e-mail em que afirmo que não houve contribuição registrada na consulta pública.

A partir de abril, há registros de atividades dos colegas médicos reguladores. Pela memória, sei que tive várias reuniões de capacitação com eles na qual fazíamos análise da fila de espera, estudos clínicos em protocolos e colaboração com a escrita da NOA. Ainda em abril e maio, há registros de um cronograma para mais reuniões com diversos setores da secretaria de saúde para pactuação da implementação da NOA e o início da EP dos profissionais da AB. Há registro, também, da proposta de bonificar médicos que recebiam boa avaliação nas EP, além de garantir contrarreferência a partir da retirada de bonificação dos especialistas que não fizessem contrarreferência.

Rememoro, ainda, que nesse período fui chamada às pressas para participar de uma reunião com um gestor municipal, de outra secretaria, para conversar sobre as repercussões políticas da implementação da NOA. Essa foi uma reunião preparatória para uma apresentação que a secretaria de saúde iria

fazer no grupo gestor da prefeitura municipal. Por sua vez, a reunião na prefeitura ocorreu no dia 30/04/2015, e tenho ainda os slides que foram apresentados nesse dia. Inicialmente, destaco que não fui eu quem desenvolveu os slides ou fez a apresentação, e sim um gestor. Estava presente na sala durante a apresentação, mas lembro que fiquei chateada por eu não ter sido a protagonista nesse momento. Essa não foi uma decisão minha, mas também nunca mencionei essa chateação para ninguém. Além disso, nunca consegui informações de bastidores para entender o motivo. De toda forma, a reunião ocorreu e o seguinte foi destacado:

- Explicação sobre o contexto da expansão da estratégia de saúde da família, fazendo com que houvesse uma explosão de solicitação de consultas especializadas e exames complementares;
- Reprovação à fila de espera e do longo tempo entre solicitação e execução do procedimento;
- Explicação sobre o que é a NOA e seus objetivos, além de realçar a construção coletiva dela;
- Apresenta a imagem objetivo da rede de saúde após a implantação da NOA, utilizando palavras como: equidade, integralidade, salvar vidas, universalidade, cidadania, satisfação;
- Por fim, destacava a EP e o apoio que a gestão vai dar para os profissionais se adaptarem à nova dinâmica.

A apresentação foi rápida, o que é próprio desse momento. Apesar da frustração em não ter apresentado, penso que o recado foi dado, bem como ter sido significativo para mim ter um trabalho de tantos meses sendo apresentado em um local de discussão importante para a política local.

Abril de 2015 termina com a notícia de que a implementação da NOA tem data: 01/06/2015. Maio foi um mês intenso, porque tem registro de várias capacitações com recepcionistas para utilizar o novo sistema que foi criado para implementar a NOA, assim como o início das ações de educação permanente (EP) com médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde.

Nesse período, lembro também que tivemos reuniões com os sindicatos dos médicos, das enfermeiras e dos agentes comunitários de saúde, além dos conselhos regionais de medicina e enfermagem. Me recordo da tensão que foi

conversar com os representantes dos sindicatos dos médicos e do conselho regional de medicina. Ficou marcado na minha memória dois fatos que foram ditos por esses médicos: (a) esse processo de autorização já era implantado nos planos de saúde e não eram novidade; (b) uma vez que a pessoa se tornava médico, ele poderia solicitar qualquer procedimento. Após isso, comecei uma discussão sobre imprudência médica e tive que ser cortada por um gestor que estava presente na reunião.

Outro fato a ser mencionado é que as reuniões com os sindicatos das enfermeiras e dos agentes comunitários de saúde foram na sede da secretaria de saúde, enquanto com os representantes médicos foi na sede dessas entidades. Também representativo das preocupações da gestão sobre o impacto nas entidades médicas, há um registro de uma troca de e-mails entre mim e a gestão, em que um gestor questiona se existe alguma legislação específica dizendo que o médico deve seguir orientações de protocolos clínicos. A minha resposta foi:

Não existe uma "lei" na qual obriga os médicos a utilizarem protocolos clínicos. O que existe é o Código de Ética Médica que diz para fazer o melhor pelo seu paciente. E quando se fala de "melhor" se fala também da "melhor evidência para realizar tal tratamento, exame, etc". Na verdade, esse "melhor" é um termo bem amplo... Porém, os protocolos é uma realidade na medicina como forma de organizar a demanda de uma forma mais qualificada. É uma tendência mundial. Tem estudos sobre isso, mas nunca vi política específica para isso. O Ministério vai colocar agora o programa mais especialidades, que vai focar isso. Mas até agora, o que de concretamente saiu foi o primeiro PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, específico para nefrologia e endocrinologia. Ou seja, protocolos clínicos será uma realidade de todo o SUS.

Dois dias antes da implementação, a gestão confeccionou um ofício para todos os médicos e médicas da AE sobre a implementação da NOA. Teço aqui algumas observações sobre esse documento:

- O ofício destacava a justificativa da NOA, utilizando os conceitos presente no documento, como Integralidade do Cuidado em Saúde e fortalecimento da comunicação entre os profissionais da AB e da AE para a rede se tornar interdependente;
- Dava ênfase à necessidade de garantir a referência e a contrarreferência das pessoas;

- Citava a portaria dos parâmetros assistenciais e informava o fato já revelado pelo GT da NOA, o qual verificou que a maioria das especialidades tinha a oferta suficiente para atender a demanda, mas, ao mesmo tempo, havia longas filas de espera;
- Apresentava os médicos reguladores e suas funções, destacando que eles vão utilizar preceitos do SUS para garantir acesso com qualidade e em tempo oportuno;
- Indicava a ausência de muitos médicos especialistas nas reuniões agendadas para apresentação da NOA e informava que os médicos iriam receber visitas de técnicos do setor de regulação para esclarecimentos sobre o funcionamento da NOA;
- Enviava, em anexo, um texto síntese da NOA, o novo formulário de encaminhamento e os critérios de encaminhamento para cada especialidade, citando que estes poderão sofrer ajustes por sugestão dos médicos, desde que estes estejam baseadas em evidências clínicas.

Após esse registro, todos os e-mails seguintes e minha memória me levam para o início da implementação da NOA, já em junho de 2015.

4.4.1 Síntese Pessoal da Construção da NOA

É muito recorrente eu levar para a terapia a necessidade de me sentir certa. Assim, quando alguém me acusa que estou errada, isso machuca muito meu coração. Então, as pessoas sugerirem que não estou cumprindo a carga horária de trabalho sempre foi um foco de estresse e ansiedade para mim. Já pensei muito em desistir de ter dois empregos por causa disso.

Porém, um contexto para se citar é importante: apesar da forma escrita parecer que a gestão desejava um controle da minha carga horária, sempre deixei explícito que eu precisava de flexibilidade de agenda por causa da minha atuação na universidade. Eu sei que isso é um privilégio que os médicos e professores gozam. Ao mesmo tempo, na minha lembrança, a gestão sempre disse querer o meu conhecimento, experiência, liderança e poder de decisão e, portanto, que a carga horária seria expressão dessas qualidades. Por mais que eu não possa provar que o gestor pensava dessa forma, hoje acredito que o

gestor poderia estar repercutindo opiniões de outras pessoas hierarquicamente superiores, ou até colegas.

Sobre a questão de os médicos especialistas não participarem das reuniões e haver um questionamento sobre a obrigatoriedade de eles aderirem a protocolos, eu penso ser um problema muito presente ao se lidar com médicos. É comum na minha experiência essa resistência ao diálogo que muitos médicos apresentam, mas esse fato nunca me surpreendeu, uma vez que eu já tinha conhecimento sobre essa atitude da minha categoria e acredito ser um dos dificultadores de trabalho em equipe com médicos. Ademais, penso também ser esta uma das características minhas que mais me diferencia da minha categoria: eu não tenho resistência ao diálogo com ninguém e adoro uma “conversa difícil.”

Naquela ocasião, esqueci de utilizar outros aspectos do Código de Ética Médica que poderiam ser relevantes no contexto de protocolo, como a questão da autonomia médica e dos erros médicos (imperícia, imprudência e negligência). Por mais que eu acredite que esses conceitos são insuficientes para dar sustentação à base teórica da NOA, utilizar um documento oficial do Conselho Federal de Medicina como argumento para a implantação de um protocolo poderia ser estratégico naquele momento. Apesar disso, sei que a utilização desse argumento não iria modificar em nada a posição desses médicos, pois é comum que eles desconheçam os documentos centrais que norteiam o seu trabalho, seja o Código de Ética Médica, seja os princípios do SUS.

4.4.2 Pontos principais para uma reflexão bioética

Esses são os assuntos salientes para a reflexão:

- A NOA foi escrita baseada na ciência, nas responsabilidades compartilhadas e na gestão compartilhada de fila de espera;
- Envio de artigos científicos para colegas estudarem;
- Construção da NOA a partir da minha experiência;
- Integrações: regulação e educação permanente - regulação médica formadora; médicos reguladores e demais gestores do fluxo assistencial;
- Prazer em enfrentar desafios;
- NOA como síntese de diferentes ideias;
- Trabalho intenso para desenvolver a NOA;

- Presença de grupo de trabalho para colaborar no desenvolvimento da NOA;
- Inclusão da população a partir da consulta pública;
- As entidades médicas tiveram privilégio em relação aos demais profissionais;
- Médicos não se sentem na obrigação de utilizar protocolos e participar das EP;
- Questões teóricas deixadas de lado;
- Desconfiança entre gestores;
- A NOA é um instrumento normativo infralegal maior de operacionalização do SUS;
- Defesa aos princípios do SUS;
- Tentativa em garantir a qualidade das referências e dos processos de autorização.

4.5O início da Implantação da NOA

Eu recordo desse dia 01/06/2015 porque passei o dia todo no setor da regulação monitorando os primeiros encaminhamentos no sistema estabelecido para utilização da NOA. Nesse dia, todos os médicos reguladores fizeram as autorizações na mesma hora para testarmos o sistema juntos. Não houve registro, na minha memória e em mensagens, se ocorreram problemas nesse dia, especificamente.

O mês de junho para mim foi bastante agitado, pois tivemos várias reuniões de acompanhamento da implementação da NOA, possibilitando a elaboração de vários relatórios que serviram de base para contar esta história. Porém, começo esta etapa contando que uma das minhas principais tarefas nesse início da NOA foi fazer visitas presenciais aos médicos especialistas para conversar sobre a NOA: explicar os novos fluxos, informar sobre a possibilidade de marcação de retorno para ele mesmo, convidar para as EP. Isso me deu bastante trabalho, pois são muitos médicos especialistas, e em muitas unidades diferentes.

Mesmo excluindo os médicos especialistas que participaram das reuniões antes da implementação da NOA, a lista tinha mais de 60 profissionais. Lembro que não fiz visita a 100% dessas pessoas, mas tenho o registro de ter feito 23 visitas ainda em junho. Esse fato demonstra a atenção que o setor da regulação e eu demos aos médicos especialistas, no sentido de estar próximo e entender

suas necessidades específicas. Enquanto os médicos da AB eram “visitados” durante os momentos de EP, os médicos da AE precisavam de maior dedicação.

Para os médicos especialistas foi desenvolvida uma programação específica, a qual seria realizada em turnos que os médicos deveriam estar atendendo as pessoas, mas que eram deixados sem agendamento de consulta, a fim de que eles pudessem participar das capacitações. Os temas que trabalhamos nesses encontros está registrado:

- 1º encontro – dois temas: (a) integração da regulação médica com a rede especializada e (b) referência e contrarreferência.
- 2º encontro – Discussão sobre as redes de atenção à saúde e SUS (APS, AE, retaguarda técnica)
- 3º encontro - Medicina Baseada em Evidência;
- 4º encontro - Prevenção quaternária¹⁴.

Hoje, eu entendo o investimento que a secretaria de saúde fez nesse momento ao bloquear a agenda dos médicos para participar desses momentos. Esse fato significa que as pessoas deixaram de ser atendidas para que o médico se aperfeiçoe. Apesar disso, sei que a participação deles não era satisfatória. Não tenho registro da frequência desses momentos, mas a minha lembrança é que a participação dos médicos, tanto da AB quanto da AE, não era maior que 50%.

Em forma de registro, tenho o 1º relatório sobre o funcionamento do sistema criado para acolher a NOA, escrito por colegas. Esse relatório destacava os seguintes pontos:

- Dificuldade de entender a letra dos médicos nos formulários de solicitações. Técnicos da regulação preenchiam o sistema com esses formulários e era a partir dessa implantação no sistema que ocorria o agendamento de consultas e exames;
- Equívocos administrativos, como envio de documentação erradas ou falta de algum documento;
- Sugere a regulação médica visitar as unidades de saúde para explicar a NOA;

¹⁴ Prevenção quaternária é um nível de prevenção na qual a principal demanda é evitar a hipermedicalização e intervenções desnecessárias em pessoas (143) e, por conseguinte, iatrogenias.

- O setor de regulação recebeu retornos positivos sobre o novo sistema e a NOA, apesar das necessidades de ajustes;
- As pessoas que realizam as marcações das consultas estão mais próximas do cotidiano da regulação, facilitando alguns processos.

Alguns dias após a chegada desse relatório, recebi um e-mail de uma colega fazendo sugestões em relação à comunicação dos médicos reguladores com os médicos solicitantes (da AB e AE), sendo elas:

- Reforçar a necessidade de o médico escrever de forma legível, já que esse problema traz duas consequências principais: ampliação do tempo para inserção no sistema, já que o técnico tenta traduzir a letra do formulário para implantar a solicitação no sistema; e se a letra for realmente incompreensível, o formulário era devolvido para a unidade solicitante para correção, fazendo com que o paciente estivesse em desvantagem sobre aqueles que não tinham esse problema;
- Reforça a necessidade de realizar um monitoramento de solicitação por território de saúde;
- Demonstra preocupação na qualidade das autorizações dos médicos reguladores, além de comentar que enquanto uma dupla de médicos está autorizando, os demais poderiam estar fazendo o monitoramento;
- Questiona se os médicos reguladores deveriam estar participando da EP, já que eles poderiam estar mais focados nas ações internas do setor.

Nos registros dessa época, é muito recorrente a menção ao problema da caligrafia ilegível dos médicos, além da manutenção dos questionamentos sobre a carga horária dos médicos. O item caligrafia, por exemplo, seria objeto de monitoramento. As diversas demandas por monitoramento das unidades de saúde se transformaram em um e-mail enviado por mim para os colegas médicos reguladores. Escrevo essa mensagem (com destaques meus):

Temos que começar a fazer o monitoramento. O objetivo do monitoramento é a gente visualizar a situação de cada unidade. Isso é importante para a gente criar uma estratégia de como agir com cada unidade, quais são as necessidades de EP delas, quais os principais problemas apresentados por elas, etc. Lembrar que a EP das quintas é um momento com todas as unidades e com tema único, mas poderemos criar mecanismos de individualizar a necessidade de educação continuada. Também, queria que a gente conhecesse de perto os médicos com quem trabalhamos! Outro motivo é que poderemos informar a unidade alguns dados relevantes que, a depender da unidade, ela vai usar para planejamento de ações.

Outra tarefa que vamos ter que fazer é planejar as EP e estudar o tema que tiver na EP. Por isso, no cronograma que pensei, tem espaço para isso. Pensei em ser na segunda, porque penso que as autorizações nas segundas-feiras não devem ser muitas porque as unidades ainda vão começar a inserir as coisas no sistema. Então, daria tempo pra fazer tudo!

Pensei que o estudo sobre os temas da EP serem coletivos para todos terem o mesmo discurso nos diferentes grupos. A dúvida de um com certeza é a dúvida de todos nós! Também temos que ver o caso que vai ser trabalhado no grupo, decidir os temas, avaliar como estão as EPs, etc.

Enfim, apesar do trabalho que vai dá para nós, só tem benefícios.

Então, resumindo:

- autorização: ocorrer nos finais da tarde, sendo a segunda-feira o dia mais flexível para deixar essas autorizações por último.
- monitoramento: em anexo vai um modelo de planilha para fazer o monitoramento. *Vou facilitar a vida de vocês, deixando os Centros de Saúde comigo. Como eles estão sendo altamente problemáticos, quero ficar um pouco com isso.*
- Planejamento das EP + Estudo coletivo sobre o tema da EP: ocorrer na segunda-feira.

Interessante observar nesse e-mail dois movimentos meus: iniciar o monitoramento com objetivos claros de conhecer melhor a rede e, assim, intervir de forma singular; além de aproximar o trabalho dos médicos reguladores com os profissionais de saúde da rede.

Já em julho de 2015, em outra reunião, foram apresentadas novas avaliações sobre essa fase inicial de implantação da NOA. Durante a reunião, foram apresentados os principais pontos trazidos pelos colegas:

- Pontos positivos: presteza na marcação da consulta, com qualificação do acesso e equidade, além da diminuição do agendamento de consultas sem passar pelo setor. Ainda, destacaram a minoração das solicitações sem indicação clínica expressa e boa adesão dos profissionais de saúde ao novo modelo de regulação.
- Dificuldades: absenteísmo de pessoas nos procedimentos agendados; mudança de dia e horário de profissionais, além de falta dos profissionais sem comunicação prévia à regulação; dificuldade de confirmar se as pessoas agendadas foram as realmente atendidas; dificuldade de os profissionais preencherem todos os campos da ficha de encaminhamento.
- Propostas de melhorias: desenvolver, no sistema, uma forma de confirmar a realização do procedimento; reforçar a comunicação da recepção das unidades com o usuário; disponibilizar a NOA via

sistema; envolver gestores de outros setores para visitar as unidades de saúde para resolver os problemas; desenvolver uma nota técnica com os benefícios da NOA.

Ainda em julho de 2015, há o registro de um planejamento feito por mim e os médicos reguladores. Foi um documento escrito por mim, mas com a participação de toda a equipe médica, contendo vários itens que esclarecem como estava sendo a implantação da NOA naquele momento. Seguem no quadro 4 os pontos importantes:

Quadro 4 – Pontos importantes do planejamento dos médicos reguladores (continua)

Sobre as autorizações	
Oportunidades	Disponibilidade dos médicos reguladores e da coordenação médica em estarem presentes discutindo as solicitações; ambiente adequado para o trabalho.
Desafios	Utilização de linguagem grosseira dos médicos especialistas para responder às perguntas dos médicos reguladores; grande quantidade de perguntas dos médicos reguladores sem respostas dos médicos solicitantes; grande volume de solicitações; baixa qualidade das referências; computadores e internet às vezes não funcionam; necessidade de muitos cliques para autorizar as solicitações; demora na inserção de solicitação no sistema.
Estratégias	Escrever textos com respostas padrões educativos para apoiar a educação permanente dos médicos; responder à linguagem grosseira dos médicos com educação, mas solicitando para utilizar linguagem adequada; visitar os médicos que utilizam linguagem grosseira para uma conversa presencial; se comunicar diretamente com médicos que tem baixa qualidade de solicitação e outros problemas;
Ações de educação permanente	
Oportunidades	Participantes da educação permanente avaliam positivamente os momentos, além de contribuírem para o grupo; capacitação dos facilitadores; participação dos professores do curso de medicina da UFPE.
Desafios	Absenteísmo dos médicos; baixo apoio de gestores para fazer a divulgação das educações permanente.
Estratégias	Comunicar-se diretamente com os médicos para fazer o convite para participar das educações permanentes; informar aos gestores as faltas às educações permanentes; solicitar apoio dos colegas do setor de regulação para divulgar os momentos.
Monitoramento	
Oportunidades	Organização do sistema para realizar o monitoramento
Desafios	Priorizar tempo para realizar essa atividade
Estratégias	Definir horários específicos para essa atividade

Em agosto de 2015 houve nova reunião com colegas e gestores da regulação para acompanhar a implantação da NOA. Os seguintes problemas foram apontados em ata:

- Pouca integração entre os profissionais do setor;

- Continuar os esclarecimentos dos recepcionistas e técnicos das unidades de saúde para a utilização do sistema;
- Falta de profissionais nos momentos de EP;
- Os encaminhamentos definidos naquela reunião foram:
- Construir um manual para o médico regulador que tivesse descrito como se dá a atuação da coordenação, a integração entre os médicos e os demais setores da secretaria de saúde e as unidades de saúde, assim como a construção de georreferenciamento das solicitações e melhorar as respostas às pendências.
- Continuar as visitas nas unidades de saúde para esclarecimento da NOA e do sistema para médicos reguladores e colegas.

Em setembro de 2015, escrevi uma nota técnica que apresentava também algumas dificuldades que a implementação da NOA estava apresentando. Não lembro se essa nota técnica foi de fato enviada para as unidades de saúde, mas diante da incerteza, escrevo de forma panorâmica as dificuldades pontuadas no documento:

- Solicitação para que todos os médicos escrevessem um texto de referência ao encaminharem as pessoas para os especialistas ou realização de exames, além dos médicos especialistas escreverem a contrarreferência. A justificativa era melhorar a comunicação entre os médicos para cuidar de forma integral das pessoas;
- A garantia do retorno ao especialista para acompanhamento longitudinal, o qual seria realizado a partir do preenchimento completo do formulário de solicitação, indicando o período em que o paciente deve retornar.
- As solicitações de retorno com mais de 6 meses deveriam ser feitas pela AB, já que o acompanhamento longitudinal das pessoas é feito nesse nível de atenção.

Essa nota técnica explica que um dos principais problemas da NOA é em relação aos médicos, sejam da AB ou da AE.

Ainda sobre a relação dos médicos reguladores com os médicos da AE, identifiquei uma troca de mensagens minha e de colegas que ilustra a minha opinião sobre os retornos dos médicos da AE (quadro 5):

Quadro 5 – Troca de mensagens com médicos reguladores

Mensagem inicial
<p>Venho por meio desta discutir com vocês uma questão sobre os retornos dos médicos especialistas. Eu estou vendo que muitas solicitações vêm apenas com a palavra 'retorno'. Isso de fato não é uma justificativa clínica para o retorno. Por isso estava pensando em enviar uma circular para todos os médicos especialistas com o seguinte texto (q pode ser modificado): Até o presente mês, nós médicos reguladores vínhamos aceitando solicitação de retorno dos médicos apenas com a palavra 'retorno'. Porém, no sentido de se adequar as normas descritas da NOA, viemos informar que a partir do próximo mês, vamos autorizar apenas retornos que venham com justificativa clínica, mesmo que resumida.</p> <p>Esse ajuste ocorre para evitar quaisquer transtornos em relação a marcação da consulta e vem aperfeiçoar o instrumento de regulação da NOA.</p> <p>Certa da colaboração de vocês, Equipe da Regulação ... O que vocês acham?</p>
Colega 1
<p>Apoia a iniciativa e dá exemplo de textos que podem ser sugeridos, como “ajuste de medicação”, “avaliação do tratamento” etc.</p>
Colega 2
<p>Discorda da minha sugestão, afirmando que o retorno é um direito dos médicos e que não deveria burocratizar.</p>
Meu retorno para colega 2
<p>Eu entendo a sua questão, colega 2. Mas do jeito que está, o médico especialista pode estar criando a sua clientela e deixando para si pacientes com perfil de Atenção Básica. Isso é muito comum. E a palavra só retorno não é uma justificativa clínica, como é exigido na NOA. Ou seja, existe uma Justificativa clínica para o retorno para o especialista que eu acho que pode ser respeitado. Sei que isso iria burocratizar, mas iria responsabilizar mais o especialista a ter justificativa clínica para o retorno.</p>

Essa interação deixa clara a minha adesão irrestrita ao determinado pela NOA, incluindo a questão de a AB ser a responsável principal pelo cuidado. Ademais, penso que há implícito em mim uma desconfiança no trabalho dos médicos especialistas.

Também em setembro de 2015, há novamente uma reunião geral com colegas e gestores de diversos setores da SMS para uma avaliação da implementação da NOA. De destaque, apresento o seguinte:

- Há uma avaliação global de que a implantação da NOA está seguindo bem. Desse modo, várias questões burocráticas de aperfeiçoamento dos processos são pontuadas;
- A gestão solicita que eu compartilhe a ata de presença dos médicos de AB, para que pudesse colocar em prática a avaliação de desempenho, já contando, inclusive, com a participação nas EP;
- Indica a ampliação da NOA para especialidades que não estão contempladas no documento;

- Eu solicito que os gestores da AB acompanhem o processo de regulação das unidades de saúde, no sentido de somar esforços para resolução de problemas.

Um movimento interessante que antes eu não recordava, mas que a partir dos registros eu lembrei, foram as constantes avaliações formais que o setor de regulação e a secretaria de saúde implementaram nesses primeiros meses de NOA. Em setembro de 2015, a ouvidoria da SMS conduziu um levantamento, por meio de ligação, com as pessoas atendidas nos serviços de saúde do município, aplicando um questionário construído coletivamente. Em novembro recebemos esse levantamento com os seguintes resultados:

- Um pouco mais de 100 pessoas aceitaram participar do levantamento;
- A vasta maioria das pessoas estava satisfeita com o serviço de agendamento e com o procedimento em si, mas não expressaram opiniões de forma qualitativa;
- Para as pessoas que responderam às perguntas abertas, há registro de reclamações em relação a erro de agendamento, falta de profissionais especialistas e dificuldades de agendar exames.

Os colegas da regulação também realizaram reuniões de avaliação da implementação da NOA com unidades de AB. Nesses registros, há menção à melhoria da organização dos processos de encaminhamento de paciente; maior celeridade de marcação da maioria dos procedimentos; aperfeiçoamento da organização do processo de trabalho do setor e das unidades de saúde; ampliação de oferta de especialistas que antes não eram disponíveis; aumento na confiança no processo de agendamento de procedimentos. Alguns pontos negativos foram destacados: demora para agendamento de alguns procedimentos, com destaque ao USG e cirurgia geral; as unidades de saúde sem disponibilidade de computador e internet para acessar o sistema utilizado na regulação ficavam em desvantagem em relação àquelas que tinham; as pessoas estavam faltando demais ao agendamento da consulta por causa das facilidades de agendar uma consulta; excesso de demanda para as recepcionistas.

Um colega da regulação também fez um levantamento geral das demandas da ouvidoria recebidas no ano de 2015. Sobre as demandas em que a NOA poderia interferir, há o registro de que, entre janeiro e junho de 2015, o

setor recebeu 294 solicitações de informações ou reclamações sobre a demora de agendamento de consultas ou procedimentos. Nesse período, 45 pessoas foram identificadas como prioritárias em decorrência de problemas clínicos e tiveram seus agendamentos realizados a partir dessa intervenção. No segundo semestre de 2015 o número de demandas diminuiu para 103 e não houve solicitação de priorização de atendimento. Não posso deixar de mencionar, também, o fato de que a regulação recebeu o elogio de um cidadão pela implantação da NOA.

Foi com a informação de que a implantação da NOA estava sendo bem-sucedida que o ano de 2015 foi finalizado.

4.5.1 Síntese Pessoal do Início da Implantação da NOA

No meu diário autoetnográfico eu escrevi: “A política pública da NOA foi feita através de afetos e valores.” Depois de escrever sobre a implantação da NOA, penso que estou certa. A criação da regulação médica, próxima da realidade dos serviços de saúde e humanizada, através das visitas, da EP e da justificativa do monitoramento, traz essa produção de afetos e a troca de valores. Ademais, tentamos implementar a ideia de que regulação não é apenas burocracia e sistema, mas sim pessoas e singularidades. A minha defesa irrestrita ao que a NOA colocava na discussão dos retornos aos médicos especialistas demonstra o apego e a valorização que queria dar à NOA. Escrevendo esse texto, lembro do meu senso de responsabilidade em fazer com que a NOA desse certo e percebo que esse objetivo era compartilhado com muitos colegas do setor de regulação.

Não sentia o mesmo em relação aos médicos especialistas, o que me fez escrever no meu diário autoetnográfico a palavra “frustração.” Meu sentimento é que a dificuldade de fazer o monitoramento tem a ver com esse sentimento de frustração em não poder me comunicar com todos os médicos especialistas por causa de alguma limitação minha. A dificuldade de entender a letra de vários médicos também sintetizava o meu desapontamento com os meus colegas em relação a uma leitura de mundo diferente da minha. No meu diário também escrevi: “a dificuldade da gestão, trabalhadores e pessoas em acatar a

NOA é uma dificuldade de acatar os valores (.?) Não sei se é uma pergunta ou uma afirmação.”

A inclusão de temas, como medicina baseada em evidências (MBE) e prevenção quaternária na EP dos médicos especialistas, deixa explícito que eles não utilizam essas ferramentas para praticar a sua medicina. No meu diário autoetnográfico eu escrevo: “a colocação de MBE era uma estratégia de garantir um melhor cuidado já que os profissionais fazem o que querem e muitas vezes o que eles querem é se livrar do paciente e não se dedicam a cuidar, examinar, fazer o básico.” Esse pensamento parece cruel com os médicos, mas ele é baseado nessa experiência de implementar a NOA.

A NOA é baseada num pensamento de cuidado, de resolutividade, de integralidade, uma vez que percebi, na prática, que muitos médicos não compartilhavam desses valores. Assim, penso que o processo de autorização ocorre por causa da desconfiança da gestão no trabalho dos médicos, ou seja, se estes vão indicar consultas especializadas e exames complementares para o melhor do paciente. De novo, é triste esse pensamento, mas, de alguma forma, acredito que seja verdade.

Hoje, penso que o trabalho da regulação promove, demanda, insiste e exige uma comunicação entre várias pessoas, de diferentes setores e nível de atenção e a NOA expressa a tentativa de organizar esse processo a partir dos valores do SUS. No fim, reflito que o setor da regulação não foi abatido com as dificuldades e deu seguimento à implementação da NOA. Quando eu li as avaliações positivas da NOA, eu me surpreendi, pois não me recordava delas. Penso, pois, que eu me deixei abater com as dificuldades e esqueci de comemorar as vitórias.

4.5.2 Pontos principais para uma reflexão bioética

Segue a lista dos pontos principais para a reflexão bioética.

- Pensamentos vaidosos de achar que sabe mais que os demais colegas;
- Utilização de conceitos bem estabelecidos na ciência: medicina baseada em evidências, Educação Permanente em Saúde, Prevenção Quaternária;

- Relacionamento entre atenção básica, atenção especializada e regulação;
- A vontade de colocar políticas públicas em prática;
- Oferecimento de visitas específicas para médicos da AE;
- Dificuldades ler letra do médico;
- Médicos não aceitam as recomendações da NOA;
- Alguns gestores não apoiam integralmente a NOA;
- Presença de políticos atrapalhando a regulação;
- Sentimento de frustração por não ter liderado a apresentação da NOA;
- Negligência dos médicos da AB e AE escreverem referência e contrarreferência;
- Negligência do monitoramento dos médicos reguladores;
- Profissionais médicos não acatarem as ordens da gestão;
- Questionamento em torno da minha carga horária de trabalho;
- Pensamento de que a regulação é uma barreira;
- Padronização do que seria um bom médico e médica da AB e AE;
- Intervenção na rede de forma personalizada;
- Múltiplas avaliações da NOA;

4.6 Continuação do Trabalho

Nesta última seção deste capítulo, escrevo como foi dar continuidade à implementação da NOA após essa fase inicial de 6 meses, descrevendo as experiências dos anos de 2016 a 2020. Em virtude da minha saída do setor de regulação em fevereiro de 2021, não vou incluir esse ano, apesar de comentar sobre a minha saída. Importante destacar, também, que a partir de 2016 não há muitos registros nos e-mails sobre a NOA e o trabalho da regulação. Então, muito do que vou escrever aqui são baseadas nas minhas memórias.

O ano de 2016, na minha memória, foi bastante significativo, mas não por causa da regulação, e sim em virtude da coordenação do curso. Foi nesse ano que houve as eleições no primeiro semestre, tendo assumido a coordenação no segundo semestre. Lembro de ter pactuado com o gestor da regulação a

permanência da minha flexibilidade de horários. Essa questão ainda era objeto de questionamentos, mas não era tão ostensiva como anteriormente.

Naquele ano, há o registro de alteração no processo de trabalho da regulação médica. Sendo assim, minhas principais atribuições eram: acompanhar a qualidade das autorizações dos médicos reguladores; planejar os momentos de EP com profissionais da AB e tirar as dúvidas sobre o fluxo assistencial com profissionais da AB. A partir desse ano, também surgiu outra tarefa: o setor de AB me pediu para acompanhar a produção de protocolos assistenciais sobre vários temas que eles gostariam de fazer, além de coordenar EP de vários outros temas, indo para além do que era planejado pela regulação médica. Assim, passei a assumir outras demandas que extrapolavam os serviços da regulação médica.

Diante dessa realidade, no segundo semestre daquele ano, solicitei que um colega médico regulador assumisse a coordenação das ações de EP. Escrevi um documento contendo essa proposta, inclusive, para ser apresentado para os gestores. A sugestão foi acatada e, desde então, as minhas funções na regulação médica eram, de acordo com o documento:

- Conhecer a rede assistencial do município de Caruaru (serviços ofertados, localização, capacidade instalada);
- Conhecer a demanda de serviços do município, em todos os níveis de complexidades, e a sua relação com a oferta;
- Estudar, negociar, articular e definir os protocolos de fluxos assistenciais, a partir da política instituída pelo município, fazendo parte de uma equipe que vai trabalhar isso a partir da EP;
- Integrar as ações de regulação médica com as da EP, fazendo com que haja um benefício mútuo nessas atividades;
- Integrar as atividades de EP, fazendo parte da equipe pedagógica dessa ação;
- Autorizar as solicitações realizadas pelos profissionais de saúde do município, excetuando aquelas que são autorizadas por seus pares;
- Monitorar as unidades de saúde, conhecendo a realidade de solicitação, agendamento de consultas e pendências, desenvolvendo relatórios desse processo.

Eu não lembrava desse documento até achá-lo no meu computador. De fato, essas eram as atividades que eu desenvolvia pela regulação em 2016. A atribuição de criar protocolos assistenciais não está na lista, mas continuei fazendo-a.

Uma das questões que mais me lembro daquele ano foi o fato de perceber que qualquer dúvida dos setores da AB e AE em relação à NOA era passada para mim, mesmo que fosse uma demanda administrativa. Isso me fez conversar muito com os gestores da regulação até percebemos uma questão: os setores da AB e AE não estavam suficientemente apropriados da NOA. Ainda lembro do sentimento de frustração por ter realizado tantas reuniões em 2015 com esses setores e, mesmo assim, a gente precisar repetir as ideias da NOA de forma insistente.

Em 2016, houve as eleições municipais, culminando com a mudança do prefeito. Foi a primeira vez que passei por uma situação de insegurança em relação ao que iria acontecer com o meu trabalho. Minha preocupação se dava em saber como a nova gestão iria ver a NOA e como seria o meu trabalho. Como era cediço que os setores de AB e AE não estavam apropriados da NOA, não sabia se a regulação teria forças para defendê-la. Por causa dessas inseguranças, no início de 2017 decidimos encerrar os momentos de EP até a confirmação de que a nova gestão iria apoiar essa atividade.

O ano de 2017 inicia, pois, com muito trabalho para apresentar da NOA, bem como suas ideias e valores para os novos gestores. Recordo muito de ter feito várias apresentações para várias pessoas e da sensação de insegurança em relação à continuidade da norma. Um momento que me senti mais segura em relação à manutenção da NOA foi quando, no meio do ano, houve uma Conferência Municipal de Saúde, em que, no documento final da conferência, saiu um item expressando que a política de regulação presente na NOA deveria ser continuada. Não consegui registro desse fato, infelizmente.

O ano também foi marcado pela mudança de vários colegas, inclusive médicos reguladores, assim como a reestruturação do organograma tanto do setor da regulação quanto da SMS como um todo. Houve várias mudanças de gestores e colegas, mas eu permaneci no cargo. Uma atribuição minha tomou mais corpo naquele ano. Assim, quando eram discutidas mudanças no fluxo assistencial de qualquer área da assistência, eu era chamada. Então, discuti

acesso a unidades de saúde voltadas a odontologia, fisioterapia, saúde mental, saúde da mulher, saúde do idoso e saúde auditiva. Eu sentia que conseguia colaborar para a prevenção de problemas no acolhimento das pessoas e sempre falava da necessidade de ter na NOA um atendimento especial a alguns casos, como acesso à aparelhos auditivos e ao acompanhamento com psicólogos e fisioterapeutas.

Naquele momento, foi intensificado a construção da NOA da saúde mental e da saúde auditiva (ambas, até o momento, não foram implementadas). Todavia, a NOA já tinha “filhas”, como a NOA da odontologia, fisioterapia e oftalmologia. Em todas elas eu colaborei de alguma forma, mesmo que fazendo apenas a leitura final do documento.

Ainda sobre esse início intenso de 2017, tenho registro de duas questões relacionadas entre si que andaram comigo por todo o tempo que trabalhei na regulação: (a) a reação inadequada de alguns médicos da AB e da AE contra às diretrizes descritas na NOA; (b) o aumento da fila de espera. Detalho cada um desses problemas e no final explico a relação entre eles.

Sobre a reação de alguns médicos contra às diretrizes da NOA, trago uma memória e dois registros. Nesse ano de 2017, a pedido do gestor, fiz uma visita a um médico especialista que estava no maior ranking de pendências¹⁵. Na prática, o que ele fazia era dar encaminhamentos para especialidades ou requisições de exames para qualquer pessoa que solicitasse, sem nenhum critério clínico justificável que não fosse “a pedido do paciente.” Expliquei na visita que seria função da AB atender os pacientes em questões globais de saúde e atendesse “os pedidos” das pessoas a partir de uma avaliação abrangente. Enquanto isso, o médico especialista teria como função dialogar com a AB a partir daquele problema específico da especialidade (função de retaguarda técnica). Ele então pediu para eu confirmar que ele não poderia solicitar um exame qualquer que não fizesse parte da sua especialidade. A minha resposta foi: “você vai avaliar esse exame que não faz parte de sua especialidade e conduzir esse paciente a partir do resultado desse exame?” O trabalhador entendeu que essa era uma pergunta retórica e sabia que ele não era o responsável por avaliar o resultado do exame e conduzir o caso a partir

¹⁵ As pendências ainda é o principal recurso dos médicos reguladores para indicar quais são os pontos da solicitação que não estão adequados às diretrizes da NOA.

dele em problemas de saúde que não envolvia sua especialidade. Ele não me respondeu nada diretamente, mas ficou explícito o ponto de vista da NOA.

Ainda nesse mesmo tema e período, trago dois registros de respostas de trabalhadores médicos da AB às pendências dos médicos reguladores. Em resposta a uma pendência de um exame, na qual perguntava se havia queixas clínicas que indicava a solicitação de um exame de rastreamento, o médico escreve grosseiramente que a regulação é uma barreira que impede que o paciente tenha acesso a um cuidado específico¹⁶. No segundo registro, outro trabalhador médico é igualmente grosseiro e faz um texto longo, com vários pontos que expressam diversas questões que tivemos que lidar no cotidiano da regulação.

- Afirma que as evidências científicas não são verdades absolutas e que os pacientes devem ter acesso à exames e especialistas a partir do seu desejo, mesmo que não tenha indicação médica;
- Escreve que trabalhadores médicos da AE recebem tratamento diferente dos da AB;
- Demonstra se recusar a fazer qualquer exame físico que são considerados habituais na AB, como exame ginecológico e exame físico da mama;
- Considera que os médicos reguladores e os colegas da regulação são mal-intencionados por não acatarem as suas solicitações ou por equívocos que o setor da regulação possa ter cometido;
- Não descreve informações relevantes para a regulação que ele deveria ter, por ser médico da pessoa, e que a regulação não tem acesso, como o nome do médico especialista que acompanha a paciente dele;
- Escreve, ao final, que as considerações dele são de outros trabalhadores médicos também.

Essa realidade da relação de alguns médicos da AB e AE com o setor de regulação se permaneceu durante todo o período que estive na regulação. Recordo também que, quando esses problemas chegavam para mim, eu

¹⁶ A partir de evidências científicas robustas, a realização desse exame em específico que o médico tinha solicitado não era indicado para um paciente sem queixas. Inclusive, as recomendações a partir dessas evidências indicam que a realização desse exame em pacientes sem queixas traz malefícios que não compensam os benefícios.

propunha duas soluções: (1) É fato que esse trabalhador está desrespeitando uma norma da secretaria de saúde e utilizando um linguajar inadequado para os padrões de relação entre trabalhadores e gestores. A SMS deveria criar um mecanismo de avaliação de seus trabalhadores¹⁷; (2) a regulação médica precisa estabelecer uma relação de confiança e reciprocidade com os trabalhadores e a NOA propõe as EP também para isso.

Em relação à fila de espera, resgatei antigos documentos físicos que guardava para ter como papel borrão. Vários desses documentos eram uma cópia da fila de espera, que podíamos ter acesso a partir do sistema. Em muitos desses papéis, está escrita uma análise sobre a fila de espera. Por exemplo, pude verificar que no início de 2017, a lista de espera para ultrassonografias continuava sendo grande, mesmo que a oferta fosse adequada, dentro dos parâmetros assistenciais. Mas quando fazíamos uma análise mais detalhada das pessoas da fila, não tinham pessoas com prioridade aguardando. Ou seja, as pessoas que estavam aguardando esse procedimento não apresentavam risco de problemas de saúde mais graves. Contudo, esse tamanho de fila de espera preocupava a todos porque é a comprovação da desassistência. Para esse problema, eu também dava duas sugestões de solução: (1) aumentar a resolutividade dos problemas de saúde na AB e a dependência dos trabalhadores de saúde em exames complementares para prover o cuidado às pessoas através do processo de EP; (2) reforçar com os médicos reguladores a só autorizarem procedimentos e consultas que estivessem plenamente dentro do padrão da NOA. É fato que, em muitos casos, eu e os médicos reguladores autorizamos algum procedimento ou consulta fora dos padrões na NOA por vários motivos, dentre os quais:

- Com o tempo, sabíamos do perfil dos trabalhadores e sabíamos quem se dedicava a investigar e tratar bem o paciente na AB e quem queria apenas encaminhar o paciente sem grandes investigações;
- Alguns dos problemas de saúde apresentados eram mais sérios, como diabetes e hipertensão descontroladas, hanseníase e tuberculose. O

¹⁷ Em uma ocasião que não lembro a data, uma mensagem de um médico da AB foi tão desrespeitosa diretamente à minha pessoa que o denunciei formalmente aos gestores da SMS, com a finalidade de averiguação de conduta e possível abertura de um processo administrativo disciplinar. Não sei se esse processo foi aberto e não recebi retorno sobre algum encaminhamento a partir dessa denúncia.

médico da AB deveria descrever o tratamento já realizado, já que são agravos que a AB deve tratar e o médico especialista precisa saber o resultado dos exames e o tratamento já instituído. Mas em casos de trabalhadores que sabíamos que não iriam tratar seu paciente de forma adequada, a gente autorizava para que a pessoa pudesse receber alguma assistência.

- Muitos trabalhadores afirmavam, em resposta às pendências, que o paciente queria aquele exame ou consulta por desejo próprio¹⁸. Sabia também que não tinha indicação clínica, mesmo assim faziam a solicitação porque não sabiam como dialogar com a pessoa sobre a necessidade de indicação para a realização daquele procedimento. Encaminhar pessoas para especialistas ou solicitar exames desnecessários é também uma forma de não se responsabilizar pelo cuidado da pessoa.

A relação entre a reação inadequada de alguns médicos da AB e da AE contra às diretrizes descritas na NOA e o aumento da fila de espera estão relacionados à necessidade de uma comunicação efetiva entre trabalhadores e médicos reguladores, além de uma possibilidade de educação continuada para ampliar a resolutividade nos níveis de atenção. A NOA propõe momentos de EP também para esse fim. O setor de regulação não promove EP desde esse momento, perdurando até o presente momento. Continuei dando apoio a processos de educação continuada para a SMS, mas se perdeu o caráter de integração da regulação com a assistência, como descrito na NOA.

Os anos de 2018 e 2019 se seguiram sem grandes novidades em relação à minha atuação na regulação, exceto pelo adoecimento de um colega médico regulador responsável pelas autorizações do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)¹⁹, fazendo com que eu assumisse essa atividade. Não obstante, continuava dando apoio aos médicos reguladores e avaliando suas

¹⁸ Na minha experiência, muitos dos desejos próprios são motivados por inseguranças em relação a uma doença que pensam em poder ter por ter visto na televisão ou em parentes, mesmo que não tenham sintomas ou não estejam aptos a rastreamento; por vontade de se proteger de doenças, como se o fato de fazer exames fosse preveni-lo de algum agravo à saúde; por escutarem nas mídias sociais que devem fazer exames regularmente, mesmo sem queixas ou problemas aparentes.

¹⁹ Quando se esgotam as possibilidades de cuidado de uma pessoa em uma cidade, ela deve ser encaminhada para serviços de maior complexidade em outras cidades. O TFD é o serviço que organiza a regulação desses pacientes para serviços de saúde fora de Caruaru.

autorizações, sendo referência para profissionais da AB em tirar dúvidas sobre o funcionamento da regulação e do fluxo assistencial, acompanhar reuniões para estabelecimento de fluxos assistenciais, realizava educação continuada sobre temas solicitados pela SMS, fazia a autorização de alguns procedimentos, entre outras. A parte do monitoramento, aos poucos, foi sendo abandonada por causa da falta de sentido e cobrança em fazê-lo.

Lembro que em algum período de 2017, 2018 e 2019 eu tive uma crise existencial em relação ao meu trabalho na regulação. Eu sentia que o meu potencial estava sendo subutilizado. Sentia falta das EP e sempre comentava da necessidade de retomá-las, mas nenhum passo era tomado para tal. Olhando a partir de uma perspectiva atual, acredito que um sentimento real era tédio. O trabalho entrou em um ritmo que era muito linear, tornando-se uma repetição de fazeres. Ou seja, eram sempre os mesmos problemas e as mesmas sugestões.

A hecatombe de novidades caiu na chegada da pandemia, que alterou todos os processos de trabalho da SMS, incluindo os da regulação. Algumas atividades não tinham mais o sentido de existir, como as autorizações, já que as unidades de AE foram fechadas. Nesse momento, minhas atividades na regulação foram alteradas totalmente e falar da NOA não fazia mais sentido. De toda forma, trabalhei muito nesse período ao coordenar a abertura de novos serviços da SMS, como o Disk covid-19 e o monitoramento de pessoas sintomáticas com covid-19. Não irei detalhar esse momento, uma vez que o objeto de análise tem a ver com a NOA e naquele ano nada se falou sobre.

Como dito anteriormente, o ano de 2021 iniciou com a minha demissão da regulação médica, retornando à SMS em maio de 2021, agora em outro setor. Quando saí da regulação, um colega médico regulador assumiu o meu cargo, tendo conversado bastante com ele para repassar todo o trabalho. O lado positivo foi que ele conhecia bem a NOA e a defendia. Atualmente, outro colega médico regulador está na coordenação da regulação médica e o perfil continua o mesmo.

Desde então, esse novo colega liderou uma atualização da NOA, mantendo os seus princípios norteadores. Até hoje muitas pessoas me reconhecem como a médica que implementou a NOA e liderou esse processo. Ademais, acredito que a NOA está bem estabelecida dentro do processo de trabalho da regulação e não penso mais que sua existência está ameaçada. Ao

contrário, novas NOA estão perto de serem lançadas, além da permanente atualização do sistema para se adequar às necessidades da NOA.

4.6.1 Síntese Pessoal da Continuação do Trabalho

Eu fico em dúvida se a minha insegurança em relação à manutenção da NOA era baixa autoestima, apego exacerbado ao documento, ou se ela estava, de fato, ameaçada. No meu diário autoetnográfico eu escrevo que a regulação é uma ação do Estado e não de nós mesmos como responsáveis pela ação. De alguma forma, eu me confundi acerca do que é sentimento meu e o que é responsabilidade de algo extremamente coletivo e político que é o Estado.

Existe o debate na literatura de que a regulação deve ser feita pelo Estado ou pelos atores diretamente interessados nas ações que precisam de regulação. Diante de toda essa experiência, acredito que ainda precisamos da tutela estatal para desenvolver ações que poderiam ser individuais, visto que os valores e ideias dos trabalhadores e gestores podem não estar em consonância com o que é benéfico para a população e para o SUS. Todavia, ainda se mantém a contradição de que o Estado é feito por pessoas e, portanto, ser um agente público é algo complexo que demanda muito trabalho e dedicação.

O meu sentimento em relação aos trabalhadores que são contra às diretrizes da NOA é um misto de raiva pelo negacionismo e pela arrogância e pesar por eles utilizar de recursos da ofensa para colocarem uma opinião. Mas o que eu tenho mais compadecimento é pelas pessoas por eles atendidas, que não vão receber o melhor do conhecimento médico a seu favor.

Por fim, termino esse relato com um sentimento de que ele registra um momento relevante para o setor de regulação de Caruaru. A recordação desses momentos me fez perceber que essa experiência moldou quem eu sou hoje profissionalmente e minha visão do SUS. A minha defesa do SUS se tornou mais ativa a partir dessa vivência e meu olhar se complexificou em relação à percepção de problemas e soluções.

4.6.2 Pontos principais para uma reflexão bioética

Por fim, relaciono os itens mais relevantes para a reflexão bioética:

- Desenvolver outras atividades na SMS fora da regulação;

- Ter um bom profissional de saúde na AE e AB;
- Ter flexibilidade na carga horária de trabalho;
- Não haver punição para médicos não cumprem suas atividades;
- A percepção de “direito” do médico de ter própria clientela;
- A falta de critérios na autorização dos médicos reguladores;
- A descontinuidade das EP;
- A regulação permeando a relação médico-paciente;
- A necessidade de deixar claro as atribuições dos médicos reguladores e da coordenação médica.

CAPÍTULO 5

5. Análise e Discussão

5.1 Preâmbulo

Esse capítulo apresentará a análise e a discussão da pesquisa, trazendo a relação entre o relato autoetnográfico e as categorias bioéticas centrais dessa pesquisa (biopoder, a partir da leitura da BP e solidariedade crítica, a partir da

leitura da BI). Ou seja, esse capítulo traz a reflexão bioética sobre a regulação da assistência à saúde de Caruaru prometida no título dessa pesquisa.

Na primeira seção, desenvolvo a análise e explico como cheguei aos códigos que gerei no processo de reflexão e interpretação do relato, trazendo à tona alguns aspectos do fazer regulação da assistência no cotidiano de Caruaru-PE que serão submetidos à reflexão bioética. Na seção seguinte, chamada discussão, trago de que forma as categorias bioéticas ajudam a ampliar o olhar, aprofundar a reflexão e até transformar as relações problemáticas identificadas na análise.

5.2A análise

A partir da análise que agrega valor (103), desenvolvi uma formatação singular para esta seção. A primeira etapa que executei foi ler o relato autoetnográfico, destacando os pontos que penso serem mais relevantes para uma reflexão bioética. Estava ciente de que esse processo levaria à geração de temas e códigos que futuramente seriam utilizados na análise que agrega valor. Nesse diapasão, os pontos foram agrupados em temas por afinidade temática, o que resultou no quadro 6.

Após a construção do quadro, aprofundei o olhar sobre os pontos e temas a partir dos dispositivos da análise que agrega valor, além de tecer algumas sugestões de como colocar em prática esses dispositivos. Esse processo gerou os códigos finais, mas que agora aglutinam sentidos ao relato a partir da perspectiva bioética. Decidi apresentar esse método em formato de quadro e diagrama porque são as principais formas que eu organizo vários dados no meu pensamento (quadro 7). Os títulos dos códigos foram sendo alterados à medida em que aprofundava a reflexão e tentava dar mais clareza ao que eu queria dizer²⁰. Todo esse desenvolvimento foi feito a partir de anotações e diagramas escritos em papel, a fim de manter o registro das mudanças. Contudo, o material apresentado aqui é a versão final desses registros.

²⁰ Para a análise que agrega valor, esse processo se chama *gestalt*, que é a concepção de que o todo é maior que a soma das partes, “buscando perceber acontecimentos maiores nos dados” (104, p. 224).

Quadro 6 – Temas iniciais do processo de análise (continua)

Poder da ciência	Ser professora	Biopoder e mercantilização da saúde
	Muito estudo para desenvolver a NOA	
	NOA baseada em ciência	
	Dar sentido aos pensamentos	
	Artigos para colegas lerem	
	Vaidade: achar que eu sei mais que os colegas médicos	
	Utilização de conceitos estabelecidos em artigos: medicina baseada em evidências, Educação Permanente em Saúde, Prevenção Quaternária	
	Sistema de regulação médica formadora	
Desejo de integração	Gostar de enfrentar desafios	Direitos humanos e justiça
	Relação AB + AE + Regulação	
	Médicos reguladores + regulação assistencial	
	UFPE + SMS	
	Responsabilidades compartilhadas	
	Fluxo assistencial + clínica	
	Integração de diferentes ideias pela NOA	
	Desenvolver outras atividades na SMS fora da regulação	
	Agenda de reuniões intensas para desenvolver NOA	
	Gestão compartilhada da fila de espera	
	Educação Permanente	
	Grupo de trabalho para desenvolver a NOA	
Privilégios	Colocar as políticas de saúde em prática	Biopoder e mercantilização da saúde
	Consulta pública	
	Ter acesso à tratamento de saúde	
	Conseguir um procedimento a partir da longa fila de espera	
	Ter um bom profissional de saúde na AE e AB	
	Flexibilidade na carga horária de trabalho	
	Minha experiência anterior na AB	
	Entidades médicas terem prioridade nas conversas sobre a NOA	
	Médicos não têm obrigação de utilizar protocolos	
	Médicos não sofrerem consequências de seus atos pela gestão	
Resistências	Visitas específicas para médicos da AE	Biopoder e mercantilização da saúde
	“Direito” do médico de ter própria clientela	
	Médico regulador autorizar sem os critérios da NOA	
	Não querer trabalhar na gestão	
	Não gostar da denominação protocolo	
	Dificuldade ler letra do médico	
	Médicos não acatarem a NOA	
	Gestores não apoiarem integralmente a NOA	
	Vaidade minha e dos médicos da AB e AE	
	Não aprofundar questões teóricas em reuniões	
	Descontinuidade das EP	
	Presença de política atrapalhando a regulação	
	Frustração por não ter apresentado a NOA	
	Médicos escreverem referência e contrareferência	
Não fazer monitoramento		
Médicos não acatarem ordens da gestão		
Não aceitar a minha carga horária de trabalho		
Desconfiança entre gestores		
Regulação como barreira		

Quadro 6 – Temas iniciais do processo de análise (continua)

Resolutividade e padronizações	A confecção da NOA em si	Direitos humanos e justiça
	Sistema de regulação médica formadora	
	Desejo dar solução para os problemas	
	Padronizar o que é um bom médico da AB e AE	
	Regulação inserida na relação entre médico e paciente	
	Compromisso da gestão com a implantação da NOA	
	Parâmetros assistenciais	
	Instrumento normativo infralegal maior de operacionalização do SUS	
	Defesa aos princípios do SUS	
	Tentar garantir qualidade das referências e processo de autorização	
	Intervenção na rede de forma personalizada	
	Deixar claro as atribuições dos médicos reguladores e da coordenação médica	
	Avaliações da NOA	
	Medicina baseada em evidência	

Fonte: autoria própria, 2024.

Quadro 7 – Dispositivos da análise que agrega valor (continua)

Análise como interpretação significa:	Atribuir significados
	Conceitualizar
	Ligar, explicar e descrever dados
Quais são os significados dos dados?	
A intenção da regulação da assistência é:	- Integrar - Resolver problemas
A ciência permeia essa intenção da regulação da assistência	
A regulação da assistência apresenta dificuldades	- Privilégios - Resistências
O negacionismo científico permeia as dificuldades	
A partir desses pontos, foi feito o esquema abaixo	
<p>Intenções</p> <p>Barreiras</p> <p>ciência</p> <p>negacionismo</p> <p>Desejo de integração</p> <p>Resolver problemas</p> <p>Privilégios</p> <p>Resistências</p> <p>Bioética da proteção e solidariedade crítica como lente para elucidar os problemas e mediar esse conflito</p>	
A regulação trabalha com linhas de força que desejam integrar e resolver problemas, mas sofre com as barreiras dos privilégios e resistências.	
Análise como contextualização	Os significados dos dados são produzidos pelo contexto que se situam

Quadro 7 – Dispositivos da análise que agrega valor (conclusão)	
Quais os contextos iniciais que mais importam?	
Chegada do curso de medicina em Caruaru	Abertura da SMS ao curso
Perfil da pesquisadora	Defesa irrestrita ao SUS
O período entre a aprovação da NOA e sua implementação foi muito curto, o que fez ela ser implementada sem grandes problemas.	
Quais os contextos influenciaram depois da implementação?	
Crescimento de negacionismos no Brasil.	Mudança da política municipal de Caruaru em 2017
Tédio da pesquisadora	Detalhamento do contexto na pesquisa elaboram outros contextos pessoais da pesquisadora durante o tempo na regulação.
Análise como presença criativa do pesquisador	O pesquisador deve lutar para estar presente na pesquisa
Item bem estabelecido pelo método autoetnográfico.	
Análise como investigação crítica	Trazer problematizações e análise dos poderes que envolvem os temas da pesquisa
Trazer a abordagem da bioética para a regulação, como forma de ampliar o olhar das problemáticas identificadas na implementação e manutenção da NOA	

Durante a elaboração desse material, percebi que as sínteses pessoais do relato sempre trazem um certo incômodo e que, depois de refletir sobre, identifiquei como sendo uma raiva ao visualizar injustiças, incoerências, retrocessos etc. Há algum tempo, durante a pandemia, em alguma rede social, apareceu para mim um poema de Carlos Drummond de Andrade, que reproduzo aqui, pois dialoga com esse sentimento que denomino raiva, mas que o autor denomina ódio. Voltei a lembrar desse poema nesse processo de análise.

A flor e a náusea

Preso à minha classe e a algumas roupas,
vou de branco pela rua cinzenta.
Melancolias, mercadorias espreitam-me.
Devo seguir até o enjoo?
Posso, sem armas, revoltar-me?

Olhos sujos no relógio da torre:
Não, o tempo não chegou de completa justiça.
O tempo é ainda de fezes, maus poemas, alucinações e espera.
O tempo pobre, o poeta pobre
fundem-se no mesmo impasse

Em vão me tento explicar, os muros são surdos.
Sob a pele das palavras há cifras e códigos.
O sol consola os doentes e não os renova.
As coisas. Que tristes são as coisas, consideradas sem ênfase.

Vomitam esse tédio sobre a cidade.
Quarenta anos e nenhum problema
resolvido, sequer colocado.
Nenhuma carta escrita nem recebida.
Todos os homens voltam para casa.
Estão menos livres mas levam jornais
e soletram o mundo, sabendo que o perdem.

Crimes da terra, como perdoá-los?
 Tomei parte em muitos, outros escondi.
 Alguns achei belos, foram publicados.
 Crimes suaves, que ajudam a viver.
 Ração diária de erro, distribuída em casa.
 Os ferozes padeiros do mal.
 Os ferozes leiteiros do mal.

Pôr fogo em tudo, inclusive em mim.
 Ao menino de 1918 chamavam anarquista.
 Porém meu ódio é o melhor de mim.
 Com ele me salvo
 e dou a poucos uma esperança mínima.

Uma flor nasceu na rua!
 Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
 Uma flor ainda desbotada
 ilude a polícia, rompe o asfalto.
 Façam completo silêncio, paralitem os negócios,
 garanto que uma flor nasceu.

Sua cor não se percebe.
 Suas pétalas não se abrem.
 Seu nome não está nos livros.
 É feia. Mas é realmente uma flor.

Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde
 e lentamente passo a mão nessa forma insegura.
 Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se.
 Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.
 É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio. (144:
 12-14)

Eu relaciono esse poema com o processo da análise da seguinte forma:

- Preso à minha classe e a algumas roupas, vou de branco pela rua cinzenta.
 - Estou presa à minha classe social e à minha categoria profissional, que usa jaleco branco e quadro branco para dar aulas. Essas profissões, juntas, me fazem estar ligada à ciência. Também tenho noção dos meus próprios privilégios. Será que subjugo colegas, trabalhadores e gestores às minhas ideias?
- Melancolias, mercadorias espreitam-me. Devo seguir até o enjoo? Posso, sem armas, revoltar-me?
 - A minha última fase na regulação antes da pandemia foi marcada pelo tédio e pela melancolia da repetição em lidar com os mesmos problemas, tentar apresentar as mesmas soluções e, ao final, elas

não serem escutadas. A minha revolta seria pedir demissão, mas também estava sem armas e segui até o enjoo.

- Olhos sujos no relógio da torre: Não, o tempo não chegou de completa justiça. O tempo é ainda de fezes, maus poemas, alucinações e espera.
 - O SUS ainda não está plenamente implementado. A NOA não transformou totalmente a realidade da AB e AE em Caruaru. Ainda há muitas injustiças na saúde de Caruaru.
- Em vão me tento explicar, os muros são surdos.
 - No meu período final na regulação, será que eu estava falando para muros e não estava percebendo? Os profissionais que não utilizam a ciência em sua prática são muros?
- Quarenta anos e nenhum problema resolvido, sequer colocado.
 - Quarenta anos é mais ou menos a idade do SUS. Eu tenho um pouco mais de quarenta anos durante a escrita dessa pesquisa. Claro que tem algumas coisas escritas e resolvidas no SUS. Claro que tem alguns pontos estabelecidos em mim. Porém, acredito que estamos ainda no início da caminhada em direção ao SUS que merecemos enquanto cidadãos brasileiros. E continuo em uma jornada de autoconhecimento.
- Crimes da terra, como perdoá-los? Tomei parte em muitos, outros escondi.
 - Quem não se utiliza do seu poder e privilégios para realizar qualquer ação da vida? Quem não tem negacionismos? Quem não tem resistências?
- Alguns achei belos, foram publicados. Crimes suaves, que ajudam a viver.
 - Meu crime publicado é essa tese. A ciência é um crime suave que ajuda a viver.
- Pôr fogo em tudo, inclusive em mim. Ao menino de 1918 chamavam anarquista.
 - O processo de abertura e desconstrução em uma autoetnografia é bastante potente. Excelente para atear fogo em mim mesma.
- Porém meu ódio é o melhor de mim. Com ele me salvo e dou a poucos uma esperança mínima.

- A minha insistência em defender o SUS e a NOA está envolvida de raiva. Penso que essa tese apresenta esse ódio que me mobiliza e faz eu continuar trabalhando pelo SUS, inclusive ainda na SMS de Caruaru. Também penso que meu trabalho como professora e responsável pela EP no município dá a muitos uma mínima esperança de um mundo mais justo.
- Uma flor nasceu na rua! Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego. Uma flor ainda desbotada ilude a polícia, rompe o asfalto. Façam completo silêncio, paralise os negócios, garanto que uma flor nasceu.
 - No meio de um contexto brasileiro e pessoal conturbado, a NOA pode ser comparada a essa flor. Eu posso ter dado muita importância a um fato aparentemente pequeno, mas que iludiu a polícia (negacionismo) e rompeu o asfalto (resistências). Algumas consultas (negócios) foram paralisadas por conta da NOA, ou seja, uma pequena flor nasceu em Caruaru.
- Sua cor não se percebe. Suas pétalas não se abrem. Seu nome não está nos livros. É feia. Mas é realmente uma flor.
 - A NOA não está nos livros, mas pelo menos agora está em uma tese. Precisamos continuar trabalhando para as suas pétalas se abrirem, mas ela persiste e insiste.
- Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde e lentamente passo a mão nessa forma insegura. Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se. Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico. É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.
 - A NOA trouxe repercussões práticas para o ambiente da regulação da assistência em Caruaru. Ela furou algumas resistências e permanece até hoje. Eu tento, também, ainda hoje, protegê-la quando outorgo para mim o papel de mãe da NOA.

5.3 A discussão

O diálogo sobre regulação da assistência e bioética vem em uma perspectiva de que esta não pode ser reduzida a “um saber de especialistas, o dos bioeticistas, a uma série de regulamentos, de códigos e de comitês de ética”

(145, p. 164). Assim, oportuno refletir sobre uma nuance importante da Saúde Pública brasileira, a regulação da assistência, e um tema central para a bioética, o acesso à saúde, a partir de uma vivência real como gestora do SUS. Em síntese, essa experiência evidencia a interlocução entre a ciência e as intenções da regulação de integração da rede e resolução de problemas a partir de um documento público, a NOA. Por outro lado, apresenta as barreiras a essa força, sintetizado em privilégios e resistências.

A bioética, em sua vasta literatura, a partir de uma leitura latino-americana, estabelece que a saúde é um direito, apresentando justificativas morais para a sua implementação para todos os povos (1,49, 50, 61, 64, 72, 76). Esta pesquisa defende que a regulação do SUS é um dos mecanismos de organização desse direito, garantindo, por exemplo, a equidade do acesso à saúde (9, 21, 26). A utilização dos protocolos, recomendações ou diretrizes como a NOA são mecanismos bem conhecidos para organizar a rede de saúde e garantir que o cuidado de qualidade seja realizado pelos variados profissionais de saúde (146).

Nesse sentido, diversos estudos brasileiros e internacionais pesquisam e debatem a implementação de protocolos e diretrizes clínicas na Atenção Primária e nos serviços de alta e média complexidade (146, 147, 148, 149, 150), assim como a integração desses diversos níveis de atenção (151, 152). À vista disso, percebeu-se que os resultados dessas pesquisas dialogam com o que foi elucidado na análise do presente trabalho. O estudo de Moreira, Cruz e Silva (152), por exemplo, apresenta o protocolo de cuidados em fisioterapia como uma ferramenta capaz de apoiar o direcionamento das pessoas dentro da rede, melhorando os fluxos assistenciais e minimizando filas de espera. Por sua vez, Almeida et al. (151) apresenta que “o processo de construção coletiva dos protocolos funcionou, também, como estratégia de capacitação e interlocução entre profissionais de APS e AE” (p. 410). Coronel et al. (150) corrobora que a utilização de protocolos e diretrizes clínicas proporcionam a implementação de políticas e programas de saúde no SUS, especialmente na AB.

Contudo, essa mesma literatura apresenta as dificuldades dos médicos em aderir a práticas propostas em protocolos. Cabana et al. (146) desenha um diagrama que apresenta os motivos, que inclui: desconhecimento do protocolo; falta de tempo em se dedicar a leituras científicas e do protocolo; dificuldades

em interpretar e aplicar as evidências científicas; discordância entre o que está escrito no protocolo com a própria prática ou com protocolos disponibilizados por outras organizações; hábitos e rotinas que não se deseja mudar; dificuldade de dialogar com pacientes a partir do que está estabelecido no protocolo; falta de monitoramento das ações médicas. Não foi objeto desta pesquisa fazer uma avaliação profunda da adesão dos profissionais à NOA, mas pode-se assinalar que as resistências apresentadas no estudo encontram diálogo com o trazido por Cabana et al. (146).

Ainda nessa seara, a pesquisa de Rigo, Levandovski e Tschiedel (147) e Coronel et al. (150) apontam barreiras na adesão ao uso de protocolos, como o preenchimento inadequado de documentos médicos e a falta de tempo como justificativa para não fazer essa atividade. A forma de acesso à informação do protocolo também impacta na adesão, já que Rigo, Levandovski e Tschiedel (147) e Costa et al. (149) indicam que médicos preferem receber informações científicas por meio das sociedades médicas, sinalizando uma resistência em aderir aos documentos produzidos por outras entidades, incluindo o Estado. Esses estudos, inclusive, defendem que os protocolos devem ser escritos em parceria com as diversas entidades médicas, algo que foi um esforço empenhado durante a implementação da NOA a partir do desejo de integração entre as esferas estatal e conselhos sindicais.

Ademais, a educação permanente e abordagens um a um, como visita a profissionais em seu local de trabalho, também foram mencionados como estratégias de implementação de protocolos (147, 149). Costa et al. (149), inclusive, faz uma extensa defesa da estratégia de implementação de visitas individuais a profissionais para a divulgação de protocolos, propondo que profissionais de saúde sejam contratados para a função de detalhamento acadêmico ou consultor acadêmico. Para os autores, essas visitas serviriam para informar os profissionais de saúde sobre as evidências descritas em protocolos com a intenção de modificar comportamentos. Essa proposta é alinhada com uma das principais ações da regulação médica que foram descritas durante a implementação da NOA: as visitas a médicos da AE. Por outro lado, Costa et al. (149) menciona que esta estratégia deve fazer parte de um conjunto maior de ações para implementação de protocolos e que um estudo seja feito para especificar as dificuldades da localidade em aplicar os protocolos.

Essa defesa das visitas aos profissionais me faz lembrar de que a visita de representantes comerciais a médicos é uma das principais estratégias comerciais para a venda de medicamentos e insumos para médicos (153, 154, 155). Porém, um ponto chama atenção: os representantes comerciais não são médicos e nem precisam conhecer a área da saúde, mas são especializados em vendas (154). Mesmo assim, convencem médicos e médicas a prescreverem seus produtos (153, 155). Essa realidade parece destoar do biopoder definidor de que a profissão médica detém o poder sobre as decisões de manipulação dos corpos, ou até dessa autoetnografia, em que uma médica foi a responsável por fazer visita a outros médicos a fim de dar legitimidade à NOA. Conquanto, um olhar mais profundo pode indicar que o biopoder, na verdade, não está na profissão em si, mas na falsa expectativa da autonomia.

São conhecidas as recompensas financeiras (brindes, viagens, congressos, amostras grátis) (156, 157, 158) e imaginárias (indústria do conhecimento, expansão dos diagnósticos, sensação de competência por conhecer as novidades) (159, 160, 161, 162) das estratégias de marketing da indústria farmacêutica. Todavia, o ponto em debate é de que os médicos ainda pensam que estão sob o controle de suas ações e tomando decisões autônomas, ainda que induzidos, de forma subliminar, a adotar determinadas condutas e preferências por medicamentos. O SUS, representado aqui neste estudo pela regulação, ao não se utilizar desses expedientes, mostra seu afastamento da mercantilização e industrialização da medicina, ao passo que perde espaço para essa força.

Outrossim, a partir de uma perspectiva liberal, é justo pensar a regulação como uma barreira, já que ela impõe regimes de controle e intervenção estatal em processos da vida social (31, 32). Nesse íterim, a NOA ser vista como uma barreira não surpreende a quem sabe que a regulação é combatida pelo pensamento liberal, que defende a autorregulação como a melhor forma de fazer regulação (33). Para esse pensamento, seria responsabilidade dos atores sociais garantir o acesso à saúde. Em uma perspectiva do nível da NOA, seria competência dos profissionais da AB e AE fazer essa regulação, principalmente dos médicos e médicas.

Contudo, Almeida et al. (151), Peterson (163), Uchoa e Camargo Júnior (148) e Gracino et al. (164) trazem uma reflexão importante que contribui para

esse debate: os profissionais de saúde se sentem sobrecarregados pelas demandas profissionais do cotidiano (decisões clínicas, relação médico-pacientes, burocracias), conflitos entre profissionais de saúde (médicos e enfermeiras, ou médicos da AE e AB) e dificuldade de acesso a recursos para o melhor tratamento (como especialistas, medicamentos e procedimentos). A regulação está no centro deste último item, já que é ela quem recebe e processa todas as solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos, além de gerir a fila de espera ou informar a indisponibilidade de um procedimento para um profissional. Mesmo que o problema seja da assistência à saúde, por não ofertar aquele exame ou procedimento, é a regulação quem aponta essa ausência. Sob esse viés, a regulação vista como barreira pode causar sobrecarga no trabalho médico, prejudicando a relação médico-paciente e a saúde mental desses profissionais, como coloca Peterson (163),

O médico, que já convive diariamente com a finitude da vida de seus pacientes, deve lidar com a finitude dos recursos para a prestação de cuidados médicos e a finitude da sua própria saúde financeira e física. A gíria médica sugere que se existe uma crise na ética médica, é porque o médico percebe que faltam à sociedade não apenas os recursos materiais, mas principalmente os recursos morais necessários para cumprir com a meta do atendimento ao mesmo tempo universal, igualitário e de alto padrão.

O médico não deve participar do racionamento de recursos escassos entre pacientes; caso contrário, mudaria de profissão. E quem deve definir esse racionamento? Com que critérios e processos? A decisão é política e cabe ao poder administrativo, controlado pela sociedade. Quando a questão da justiça distributiva chega ao nível micro, da relação médico-paciente, a deontologia tradicional exigiria um afastamento do médico do contexto da sua relação com o paciente, já que, segundo essa visão, a distribuição de recursos escassos é um problema em vários níveis, apenas um dos quais é em nível de interação médico-paciente. Os governos é que deveriam decidir quanto dos seus respectivos orçamentos seria alocado para atendimento médico e não para outros programas sociais, educação, cultura, gastos militares e outros. Entretanto, é exatamente no trabalho cotidiano do médico que se interpõe essa tensão ética não resolvida ao nível da sociedade. (p. 92)

Assim sendo, dentro desse processo há um isolamento do trabalho médico e um apagamento dos demais profissionais de saúde, o que aumenta o estresse de todos os profissionais de saúde (165, 166). Destaca-se que a NOA reforça esse apagamento dos demais profissionais de saúde dentro do contexto da AB e AE, uma vez que reitera a centralidade dos profissionais médicos na regulação, mesmo que o município de Caruaru tenha NOA para fisioterapeutas e dentistas. Na verdade, o fato de ter diferentes NOA para diferentes

profissionais demonstra a falta de integração da rede e corrobora com as resistências e privilégios referidos na análise. Para além do trabalho cotidiano e concreto da saúde, a centralidade do trabalho médico na saúde vai de encontro ao próprio conceito ampliado de acesso à saúde e à assistência. Em outras palavras, a NOA aplica um conceito de saúde limitado quando não integra em sua fundamentação outros profissionais de saúde.

Podemos dar exemplos, a partir da análise desta pesquisa, sobre a atuação do biopoder e medicalização nesses pontos. Como explanado no relato, o médico é detentor do maior número de encaminhamentos e solicitação de procedimentos, e o fazem a partir de uma visão privatista de que, apenas por ser médico, pode solicitar qualquer procedimento ou realizar qualquer encaminhamento, mesmo que não se tenha justificativa científica e de promoção do cuidado. O poder dado ao médico, e absorvido por ele, o permite interferir, a partir de sua própria perspectiva, nas pessoas e no Estado. Se tivermos a sorte de ser um profissional bem formado, responsável e dedicado, temos (Estado e pessoas) um excelente cuidado, mas, se o contrário acontecer, temos que estar submissos a esse poder. Assim, mesmo a NOA estabelecendo critérios e sugestões de cuidado, o médico que não trabalha para incorporar as sugestões e valores da NOA não sofre consequência alguma, ou seja, na prática, o Estado se subjugava ao seu poder médico. Esse pode ser considerado o verdadeiro privilégio dos médicos.

Do ponto de vista do Estado, esse tenta atuar sobre o biopoder a partir de ações superficiais, como exigência de carga horária fixa, emissão de notas técnicas, leis e a própria NOA²¹. Nesse caso, a NOA, sendo insuficiente para quebrar esse poder dos médicos, faz com que o Estado coloque uma médica, revestida desse poder, para enfrentá-los através de visitas e monitoramento das solicitações, por exemplo. Como colocado acima, os encontros de EP poderiam ao menos ajudar na negociação desses poderes, mesmo que essa não seja a cura para o poder médico.

Para Oliveira, Gomes e Siqueira-Batista (65), a BP seria um antídoto para o biopoder. Essa defesa parte do pressuposto de que a BP oferece uma defesa

²¹ Mesmo eu defendendo a NOA, reconheço o seu caráter burocrático, normatizador e padronizador do cuidado em saúde. O cuidado em saúde é muito complexo para que caiba em ações que podem ser descritas e sintetizadas em um único documento.

da vida dos seres humanos e da assistência à saúde a partir do amparo dos vulnerados “que não tenha condições objetivas e subjetivas necessárias a uma qualidade de vida satisfatória” (167, p. 377). Sob esse viés, uma reflexão mais profunda sobre a BP poderia fazer com que profissionais da saúde reconhecessem o seu papel no SUS enquanto cidadãos que podem atuar no fomento de ambientes ou momentos que deem condições objetivas e subjetivas das pessoas terem uma qualidade de vida satisfatória.

No mesmo sentido, a BP pode dar justificativa bioética para a existência da própria NOA, já que ela é um mecanismo do Estado para estimular um cuidado integral (considerando os condicionantes sociais de saúde e as necessidades de saúde singulares de cada pessoa) e equitativo (considerando que as pessoas que mais necessitam de assistência podem ter acesso facilitado aos procedimentos). Sendo assim, a NOA pode atuar na diminuição de privilégios que certas pessoas podem ter no sistema de saúde, como aquelas que são apadrinhadas por políticos que conseguem procedimentos de saúde em troca de votos. Contudo, em uma realidade na qual a fila de espera é a norma, o acesso a certos procedimentos e consultas são, em si, um privilégio, mesmo que não se tenha facilitadores de acesso.

Apesar do recorte de sobrecarga comentado aqui, é conhecido o fato de que esses profissionais médicos nem sempre atuam de forma a garantir acesso qualificado à saúde que garantam o bem-estar da população. Isso está demonstrado nos recorrentes negacionismos científicos e manutenção de privilégios evidenciados nesta pesquisa e em tantos estudos científicos (73, 143, 148). Em que pese o fato de que na PNAB há expressa atribuição dos médicos e enfermeiras na regulação e na gestão de lista de espera, percebe-se que, na prática, essa atividade é negligenciada e, na verdade, repassada para os médicos reguladores, que fazem a autorização das solicitações. Desse modo, o SUS cria um setor (regulação médica) para suprir uma deficiência da assistência. Em outros termos, diante das diversas demandas da assistência, os médicos da AB e AE terceirizam para a gestão (Estado) o controle de suas próprias ações, demonstrando uma desresponsabilização sobre seus atos.

Uchoa e Camargo Júnior (148) trazem reflexões interessantes para esse debate. O estudo desenvolvido em unidades de terapia intensiva no Rio de Janeiro indica que “a protocolização e rotinização não resultaram numa

homogeneização das práticas. A atitude dos médicos deixava transparecer ambivalência ou polivalência: além dos protocolos e/ou estudos científicos, faziam também suas opções de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidências clínicas” (148, p. 2247). Ademais, no cotidiano, os profissionais médicos atendiam às rotinas e protocolos desde que estes não restringissem sua autonomia técnica. Desse modo, muitos resultados de exames laboratoriais eram “corrigidos” para entrar dentro dos parâmetros e muitas decisões não levavam em conta a opinião do paciente ou de familiares, ou seja, o protocolo é alterado na prática clínica para se adequar a opiniões e experiência clínica próprias.

Nessa situação complexa, há uma justificativa bioética para a manutenção das ações de regulação da assistência. A BP nos abre os olhos à necessidade de proteger os vulnerados. Nesse ponto, em situação de negligências, é necessário garantir um mínimo de assistência à população que ainda está à mercê de profissionais de saúde que não cumprem o seu dever. Dessa forma, justifica-se a ação de muitos médicos reguladores do município de Caruaru que autorizam algumas solicitações, mesmo fora do padrão estabelecido pela NOA, para poder garantir esse mínimo de equidade.

Uma forma de diminuir essa necessidade de renunciar aos princípios da NOA seria colocar em prática a Regulação Médica Formadora e retomar as educações permanentes. Esse seria um momento de os médicos reguladores e profissionais da AB e AE estabelecerem um diálogo de negociação e proposição de estratégias para melhorar o trabalho de todos os lados. Assim, esses espaços poderiam servir para que o processo de regulação fosse solidário, no sentido dos diversos profissionais compartilharem suas realidades e dificuldades, ajudando ambos a fazerem seu trabalho de forma mais competente e colaborativa. A solidariedade crítica nos ajuda, nesse ponto, a aprofundar esse processo coletivo de regulação através do cultivo de valores e elementos fundamentais para ela, como alteridade, organicidade, diversidade, libertação, engajamento, integralidade, dignidade, compromisso, responsabilidade, comprometimento, tolerância, cuidado (100). Trazer esse olhar para dentro da regulação ajudaria a pensar o acesso à saúde de forma mais justa, incluindo valores que potencializam a gestão do cuidado e a garantia de direitos humanos.

Outrossim, os momentos de encontro da regulação e da assistência à saúde poderiam, também, servir como negociação dos poderes intrínsecos em cada grupo. A regulação da assistência tem o poder do Estado que, de forma justificada, interfere em todo o setor saúde, de forma a não apenas observar os pontos da rede que necessitam de melhorias, como também fazer os agendamentos dos procedimentos necessários à saúde das pessoas. Através da NOA, a regulação da assistência em Caruaru tenta promover uma integração entre os diferentes setores responsáveis pelo cuidado em saúde, mas também resolver os problemas identificados nesses setores por meio da racionalidade científica hegemônica nos processos de saúde-doença. Já a assistência, por sua vez, tem o poder de prover o cuidado direto, ser os olhos e braços do Estado, interferindo na vida direta da população. Contudo, ambos os espaços sofrem com resistências que modificam a sua atuação precipuamente benéfica para a população.

Em relação ao Estado, aqui neste estudo representado pelo município de Caruaru, evidencia-se que resistiu à implementação integral da NOA quando não apoiou a manutenção dos espaços de EP. Ademais, vários gestores não incorporaram em seu processo de trabalho a NOA e seus princípios, deixando nas mãos apenas do setor da regulação qualquer responsabilidade sobre a NOA. Do lado dos profissionais de saúde, as resistências foram múltiplas, levando, inclusive, a alguns casos de agressão. Essas resistências podem ser vistas de uma perspectiva de biopoder e medicalização social.

A solidariedade crítica igualmente pode ser uma categoria bioética que embasa a NOA. As relações solidárias talvez sejam um dos objetivos finais da NOA, ou seja, todos os atores que atuam no sistema de saúde, sejam gestores, trabalhadores e pessoas, devem ser solidários às atribuições de cada um e acolher a complexidade inerente de cada papel. Porém, essa solidariedade deve ser crítica para que todos os atores sejam capazes de discriminar “as dimensões sociais e políticas indissociavelmente presentes na relação solidária” (101, p. 254). Nesse sentido, o direcionamento das prioridades do cuidado pode ser produzido a partir dessa ação solidária, a fim de diminuir desigualdades, inclusive de poder, entre os diferentes atores.

Por fim, penso que a utilização das perspectivas da proteção ao vulnerados e da solidariedade crítica na regulação da assistência pode ajudar a

balizar práticas de saúde pública e assistenciais, bem como preencher essa relação de valores positivos, garantidores de universalidade, integralidade e equidade, além de justiça social. Por conseguinte, o ápice desse processo seria a NOA se tornar desnecessária, pois a garantia do direito à saúde se daria nas relações cotidianas, sem a necessidade de um intermediário burocrático e normatizador, como a NOA. Nesse caso, eu poderia renunciar à defesa irrestrita da NOA.

5.4 Conclusão e Considerações finais

Esta pesquisa passeia por campos bastante diversificados (Regulação, Regulação da Assistência e Bioética), mas que se interseccionam a partir de uma investigação autoetnográfica baseada em uma vivência da pesquisadora na gestão do SUS. Inicialmente, a pesquisa traz os principais elementos desses campos. No caso da Regulação, o debate foca na proposta da regulação em atuar em setores socialmente valiosos que repercutem na vida prática da população, mas que são atravessados por diferentes interesses, sejam públicos ou privados, baseado em justiça social ou manutenção de desigualdades. Diante desse fato, a regulação representa o uso intencional de autoridade para afetar o comportamento de diferentes partes, de acordo com padrões estabelecidos, envolvendo instrumentos de coleta de informações e modificação de comportamento. Sendo assim, a regulação atua em um sistema em que há desconfianças de que os agentes vão trabalhar conforme um padrão estabelecido para o melhor funcionamento do setor e utiliza ferramentas para modificar situações que são injustas para algum ator, ou produzem desigualdades para o público. Nesse sentido, a regulação atua no campo da negociação dos diferentes atores para a efetivação de uma ação de interesse público.

No caso da Regulação do SUS, o interesse é no compromisso estabelecido pela Constituição Federal da saúde enquanto direito inviolável. Desse modo, é dever do estado construir políticas públicas para a efetivação desse direito. Ademais, o SUS estabelece princípios organizativos de universalidade, integralidade e equidade, na qual as políticas públicas também devem se adequar. A Política Nacional de Regulação de 2008 vem nesse sentido

de propor ações concretas para facilitar o acesso aos serviços de saúde de forma integral e equânime. Assim, dentro da discussão geral sobre regulação, o Estado brasileiro se coloca como interventor do acesso à saúde no Brasil para garantir que seus preceitos sejam colocados em prática.

A necessidade de construir uma política de regulação veio a partir da descentralização e regionalização do SUS, em que trouxe para as secretarias municipais de saúde a responsabilidade de pactuar a organização da rede entre os diferentes serviços de saúde, além de realizar acordos regionais para estabelecer serviços que irão atender a mais de um município. A Regulação da Assistência, como estabelecida pela Política Nacional de Regulação do SUS, tem como foco principal garantir o acesso à saúde de forma integral e equânime a partir de critérios objetivos e pactuações locais e regionais. Na prática, o município de Caruaru-PE estabeleceu ações de regulação antes da política (21), já no entendimento de que suas ações são centrais para a organização do sistema.

A pesquisadora trabalhou na regulação no período de 2014 a 2021 e liderou a construção de um documento importante para a Regulação Assistencial de Caruaru-PE: a Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consulta Especializada e Exames Complementares (NOA-Caruaru). O relato autoetnográfico apresenta o caminho da NOA desde sua concepção, perpassando a sua implementação até as considerações mais atuais. Este relato traz detalhes úteis para refletir sobre a prática da Regulação Assistencial em Caruaru e seus desafios. A pesquisa, contudo, propõe uma reflexão bioética do relato, em uma perspectiva de que esse campo de conhecimento pode levantar nuances e aprofundar pontos de vista relevantes para a melhoria da Regulação Assistencial de Caruaru.

A bioética é uma área de conhecimento interdisciplinar e, por isso, acolhe diferentes visões sobre a vida e a ética. Nesse ínterim, há um debate bioético pungente sobre acesso à saúde e a justificativa bioética para que esse acesso se dê através de políticas públicas similares ou melhores que o SUS. Valores como justiça social e direitos humanos estão na base da concepção bioética da universalização de serviços de saúde em todo o mundo. Contudo, há concepções que trabalham em sentido oposto, como o biopoder e

mercantilização da saúde, que os bioeticistas também debatem a fim de levantar fundamentos que combatam os detratores da saúde como direito.

Duas concepções bioéticas latino-americanas foram utilizadas na pesquisa para discorrer sobre a Regulação Assistencial de Caruaru: a proteção ao vulnerado, a partir da BP, e a solidariedade crítica, com base na BI. O biopoder no cotidiano das relações de saúde deixa a impressão de que o simples acesso a tecnologias e serviços são suficientes para garantir saúde. Por consequência, as pessoas se interessam mais por realizar exames complementares e medicações, além de se consultarem com superespecialistas, do que desenvolver um vínculo com serviços e profissionais de saúde de forma a acompanhar holisticamente todo o processo saúde-doenças, incluindo promoção e proteção da saúde. A BP defende que proteção significa dar condições de vida – e não de consumo – para que cada indivíduo e coletividade tome suas próprias decisões de forma autônoma, com a ressalva de que os vulnerados necessitam desenvolver as competências necessárias para assim o fazerem. À vista disso, “o princípio de proteção implica, necessariamente, o dever da eficácia nas intervenções sanitárias, mesmo que isso signifique restringir a autonomia individual ante a qualidade de vida de determinados coletivos” (76, p. 362).

Já a solidariedade crítica, a partir da leitura da BI, defende que a solidariedade deve ser um ato inerente da coletividade, executado a partir de compromisso político dos “atores envolvidos no processo de doação e recepção” (12, p. 256). Desse modo, a intenção é a transformação das relações de poderes estabelecidos entre os atores sociais, a fim de que eles atinjam concretamente uma melhoria real dos vínculos. Assim sendo, a solidariedade crítica traz valores para as relações sociais, como alteridade, organicidade, diversidade, libertação, engajamento, integralidade, dignidade, compromisso, responsabilidade, comprometimento, tolerância, cuidado.

A partir da análise que agrega valor, o relato autoetnográfico foi examinado e interpretado à luz das categorias bioéticas centrais da pesquisa. Essa análise pode ser sintetizada na seguinte frase: A regulação assistencial em Caruaru trabalha com linhas de força que colidem: duas linhas desejam integrar e resolver problemas, tendo a ciência como fortaleza; outras duas linhas são a força dos privilégios e das resistências, que se utilizam do negacionismo

científico como bastião. A discussão traz algumas proposições de interesse para o fazer regulação assistencial na prática. São eles:

- A regulação do SUS é um dos mecanismos de organização do direito à saúde e garante a execução dos princípios do SUS;
- A regulação, mesmo sendo atribuição dos profissionais de saúde de acordo com as políticas de saúde, é negligenciada no cotidiano da assistência à saúde. A regulação, portanto, supre uma carência da assistência;
- Diante dessa carência, há uma justificativa bioética para a manutenção das ações de regulação da assistência através da NOA, mesmo que se reconheça o seu papel como barreira para a realização de alguns procedimentos. Em situação de negligências, é necessário garantir uma priorização de assistência à população mais necessitada, a partir da perspectiva da BP;
- A NOA propõe um espaço de negociação de valores e práticas, a partir da Regulação Médica Formadora, que poderia ser potencializado pelo cultivo de valores da solidariedade crítica, como a alteridade, a diversidade, o engajamento e o comprometimento.

A partir dessa síntese, pode-se identificar caminhos para pesquisas futuras a partir das limitações desta investigação. A primeira limitação está na escolha metodológica da pesquisa, pois quando se analisa apenas um lado da história da NOA outras perspectivas são excluídas. Ampliar os vieses da história pode aprofundar as reflexões bioéticas, trazendo diversidade e inclusão. É possível também verificar que as pessoas usuárias do SUS não tiveram sua voz presente na pesquisa, sendo essas os sujeitos principais de todas as ações do SUS. A regulação também precisa ser vista na perspectiva de participação e controle social. Então, esta é uma área que pode ser explorada: de que forma a NOA dialoga com as necessidades e anseios da população? Por fim, a NOA pode ser estudada a partir de instrumentos bem estabelecidos de avaliação de políticas públicas. Essa última seria uma avaliação mais abrangente e aprofundada, utilizando critérios bem delimitados e cientificamente validados.

REFERÊNCIAS

1. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. Access to healthcare: a central question within brazilian bioethics. *Camb Q Healthc Ethics*. 2018; 27(3): 431-439.
2. Valim EM, Daibem AM, Hossne, WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev Bioét*. 2018;26(1):282-90.
3. Globekner OA. A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde. *Rev Direito Sanit*. 2010;11(1):123-45.
4. Ruger JP. Rethinking equal access: agency, quality, and norms. *Glob Public Health*. 2007;2(1):78-96.
5. Kourie HR, Eid R, Haddad FG, Scheuer M, Tomb R. Bioethical considerations for cancer patient care during the COVID-19 pandemic. *Future Oncol*. 2020;16(34):2779-81.
6. Callahan D. How much medical progress can we afford? equity and the cost of health care. *J Mol Biol*. 2002;319(4):885-90.
7. Paranhos DG, Matias EA, Monsorens N, Garrafa V. As teorias de justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(119):1002-11.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013. 459 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Ives J. Encounters with experience: empirical bioethics and the future. *Health Care Anal*. 2008;16(1):1-6.
11. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.04532017
12. Garrafa V, Soares SP. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. *Revista Bioetikos - Centro Universitário São Camilo* - 2013;7(3):247-258
13. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tapajós A,

- Prado MM, tradutores. Garrafa V, revisor. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, 2005.
14. Jones SH, Adams T, Ellis C. Introduction: coming to know autoethnography as more than a method. In: Jones SH, Adams T, Ellis C. Handbook of autoethnography. [Local desconhecido]: Routledge; 2015. p. 17-49.
 15. Viacava F, Oliveira RA, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de saúde nos últimos 30 anos. *Ciêns Saúde Colet*. 2018;23(6):1751-62.
 16. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 17. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
 18. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 19. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 20. Jesus WL, Assis MM. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições de planejamento. *Cienc Saúde Colet*. 2010;15(1):161-70.
 21. Andrade MC. A política de regulação assistencial no município de Caruaru-PE [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 69p.
 22. Oliveira RR, Elias PE. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):571-76.
 23. Nascimento AA, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MV, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009;14(2):346-52.

24. Black J. Decentring regulation: understanding the role of regulation and self regulation in a “post-regulatory” world. *Curr Leg Probl.* 2001;54(1):103-46.
25. Contandriopoulos AP. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. *Saúde Debate.* 1996;(49-50):53-64.
26. Gawryszewski AR, Oliveira DC, Gomes AM. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis.* 2012;22(1):119-40.
27. Cândido AM, Alcântara R, Garrafa V. Secularismo, pós-modernismo e justiça na assistência à saúde em Engelhardt. *Rev Bioét.* 2020; 28(3): 471-78.
28. Sayago M, Lorenzo C. O acesso global e nacional ao tratamento da hemofilia: reflexões da bioética crítica sobre exclusão em saúde. *Interface (Botucatu).* 2020; 24:1-15.
29. Elster N, Parsi K. Oral health matters: the ethics of providing oral health during covid-19-19. *HEC Forum.* 2021;33(1-2):157-64.
30. Carpio-Toia AM, Sánchez H, López CV, Sotomayor MA, Dávila LL, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Pers Bioét.* 2018;22(2):331-57.
31. Baldwin R, Cave M, Lodge M. Introduction: Regulation—the Field and the Developing Agenda. In: Baldwin R, Cave M, Lodge M, editors. *The Oxford Handbook of Regulation.* New York: Oxford University Press Inc.; 2010. p. 47.
32. Baldwin R, Cave M. *Understanding regulation: theory, strategy and practice.* New York: Oxford University Press; 2012. 47 p.
33. Majone G. The rise of the Regulatory State in Europe. *West Eur Polit.* 1994;17(3):77–101.
34. Baird MF. *Saúde em jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020. 215 p.
35. Prosser T. Regulation and social solidarity. *J Law Soc.* 2006; 33(3): 364-87.

36. Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A política de regulação no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 116 p.
37. Viana AL, Bousquat A, Melo GA, Negri AD Filho, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. Cienc Saúde Colet. 2018; 23(6): 1791-98.
38. Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias. 2002;(7):122-35.
39. Vilarins GC, Shimizu HE, Gutierrez MM. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde Debate. 2012;36(95):640-7.
40. Barbosa DV, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. Cad Saúde Colet. 2016;24(1):49-54.
41. Aguilera SL, França BH, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Rev. Adm. Pública. 2013; 47(4): 1021-39.
42. Cavalcanti RP, Cruz DF, Padilha WW. Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Ciên Saúde. 2018; 22(2):181-88.
43. Lima FF. Política Nacional de Regulação do Sistema único de Saúde - SUS à luz do Guia Prático de Análise Ex Ante [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa; 2020. 69 p.
44. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(6):2783-94.
45. Jesus WL, Assis MM. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de Saúde: contribuições do planejamento. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(1):161-70.
46. Lima LD, Viana AL, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Cienc Saúde Colet. 2012;17(11):2881-92.

47. Diniz D, Guilem D. O que é bioética. 1ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 2012.
48. Jonsen AR. The birth of bioethics. United States of America: Oxford University Press; 1998. 448 p.
49. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI. Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p 835-869.
50. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciên Saúde Colet. 2011;16(1):719-29.
51. Garrafa V. O Congresso Mundial de 2002, a Declaração da Unesco de 2005 e a ampliação e politização da agenda bioética internacional no século XXI. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa N, organizadores. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM, Cátedra Unesco de Bioética; 2012. 397 p.
52. Carvalho RR, Fortes PA, Garrafa V. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. Rev Bioét. 2013;21(2):259-67.
53. Lugarinho LM. Bioética na incorporação de procedimentos, um olhar exploratório na Saúde Suplementar [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 96 p.
54. Garrafa V, Amorim K, Garcia T, Manchola C. Bioética e vigilância sanitária. Rev Direito Sanit. 2017;18(1):121-39.
55. Fagundes MJ, Soares MG, Diniz NM, Pires JR, Garrafa V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(1):221-29.
56. Guilhem D, Oliveira ML, Carneiro MH. Bioética, pesquisa envolvendo seres humanos. R Bras Ci e Mov. 2005;13(1):117-23.
57. Leite TH, Henriques RA. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. Physis. 2014;24(1):31-47.
58. Wannmacher L. A ética do medicamento: múltiplos cenários. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Uso racional de medicamentos:

- temas selecionados. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007. p. 1-6.
59. Almeida Filho N; Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc. saúde coletiva*: 2002; 7(4): 879-899. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400019>
60. Berlinguer G. *Ética da Saúde*. Editora HUCITEC: São Paulo, 1996.
61. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2012; 26(2):178-81.
62. Pealbart PP. Biopolítica. Sala Preta [internet]. 2007 [citado 8 de junho de 2024]; 7:57-66. Disponível em: <https://revistas.usp.br/salapreta/article/view/57320>.
63. Schramm FR. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Revista Bioética*. 2010; 18(3): 519-35.
64. Junges JR. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13(29): 285-95.
65. Oliveira ILVAC, Gomes A, Batista-Siqueira R. Biopolítica, biopoder e estratégia saúde da família: a bioética da proteção como antídoto. In: Palácios M. *Bioética, Saúde e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 41 - 72.
66. Baptista TWF, Borges CF. Carlos Gentile de Mello: em defesa de uma medicina institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 3): 5171-5181, 2021.
67. Illich I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
68. Rosselot E Junior. Aspectos bioéticos comprendidos en la Reforma de la Atencions de Salud en Chile: los problemas del acceso y el costo de los recursos. *Rev Méd Chile*. 2003;131(9):1079-86.
69. Loewy EH, Loewy RS. Framing issues in health care: do american ideals demand basic health care and other social necessities for all?. *Health Care Anal*. 2007;15(4):261-271.
70. Sass HM. Introduction: the principle of solidarity in health care policy. *J Med Philos*. 1992;17(4):167-70.
71. Callahan D. Medicine and the market: a research agenda. *J Med Philos*. 1999;24(3):224-42.

72. Tesser C D. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2006; 10(19): 61-76.
73. Medeiros LS, Verdi MI. Direito de acesso ao serviço de reprodução humana assistida: discussões bioéticas. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15 (Suppl 2): 3129-38.
74. Oliveira, IL et al. “O médico brasileiro sabe como tratar a Covid-19”: sentidos de autonomia médica na pandemia. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2022; 20, e00568187. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs568>
75. Schramm FR. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa N, organizadores. *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois.* Brasília: CFM, Cátedra Unesco de Bioética; 2012. 397 p
76. Rodrigues CAB; Schramm FR. Bioética de proteção: fundamentos e perspectivas. *Rev. Bioét.* 2022; 30(2): 355-365.
77. Gómez JAM. Derecho a la asistencia médica. *Diccionario latinoamericano de bioética.* Org. Juan Carlos Tealdi. UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008.
78. Arras JD, Fenton EM. Bioethics & human rights: access to health-related goods. *Hastings Cent Rep.* 2009;39(5):27-38.
79. d’Orozio JC. A human right to healthcare access: returning to the origins of the patients’ rights movement. *Camb Q Healthc Ethics.* 2001; 10(3): 285-98.
80. Daniels N. Justice and access to healthcare. 2017 out 20 [citado 01/04/2023] In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy.* Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/justice-healthcareaccess/>
81. Scott C. Why law prevades medicine: an essay on ethics in health care. *Notre Dame J L, Ethics & Pub Pol’y.* 2000;14(1):244-303.
82. Cherry MJ. UNESCO, “universal bioethics”, and state regulation of health risks: a philosophical critique. *J Med Philos.* 2009;34(3):274-95.
83. Gusmano M. Fairness, health, and access. *Hastings Cent Rep.* 2013;43(6).
84. Capella VB. Bioética, derechos humanos y Covid-19. *Cuadernos de Bioét.* 2020;31(102):167-82.

85. Monteiro PJ, Castillo CH, Acesso a cuidados de salud: discursos bioéticos del norte y del sur. *Saúde Debate*. 2019;43(5):104-112.
86. Berwick DM. The moral determinants of health. *JAMA*. 2020; 324(3): 225-26.
87. Pauly BB. Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *Int J Drug Policy*. 2008;19(3):195-204.
88. Jotkowitz A, Porath A. Health literacy, access to care and outcomes of care. *Am J Bioeth*. 2007;7(11):25-27.
89. Gustavsson E. Patients with multiple needs for healthcare and priority to the worse off. *Bioethics*. 2018;33(2):261-66.
90. Go JJ. Sould gender reassignment surgery be publicly funded?. *J Bioeth Inq*. 2018;15(4):527-34.
91. Fortes PA, Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):1054-58.
92. Fortes PA. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):696-701.
93. Powers M, Faden R. Inequalities in health, inequalities in health care: four generations of discussion about justice and cost-effectiveness analysis. *Kennedy Inst Ethics*. 2020;10(2):109-27.
94. Kotalik J, Martin G. Aboriginal health care and bioethics: a reflection on the teaching of the seven grandfathers. *Am J Bioeth*. 2016;16(5):38-43.
95. Padela AI. Social responsibility and the State's Duty to provide healthcare: an islamic ethico-legal perspective. *Dev World Bioeth*. 2016;17(3):205-14.
96. Rocha AS, Cunha TR, Guiotoku S, Moysés ST. Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Rev Bioét*. 2020;28(2):384-89.
97. Rentmeester CA. Postcolonial bioethics - a lens for considering the historical roots of racial and ethnic inequalities in mental health. *Camb Q Healthc Ethics*. 2012;21(3):366-74.
98. Cook AF, Hoas H. Ethics and rural healthcare: what really happens? What might help?. *Am J Bioeth*. 2008;8(4):52-56.

99. Estácio de Paula WE, Matsuoka EAC. 2022. Bioética de Intervenção: nada sobre nós, sem nós. *Bios Papers* 1, no. 2: e3925.
<https://doi.org/10.18270/bp.v1i2.3925>
100. Selli, L.; Garrafa, V.: Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. *História, Ciências, Saúde*. 2006; 13(2): 239-51.
101. Cornelli G; Potyra I; Santos SG. Proteção da dignidade humana de migrantes e refugiados: uma proposta de intervenção. 2018; 17(1); 125-146. DOI: <https://doi.org/10.5007/1677-2954.2018v17n1p125>
102. Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. 4th ed. States United of America: SAGE publications; 2011. p. 1-19.
103. Eakin JM, Gladstone B. Na caixa preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. In: Bosi MLM, Gastoldo, D. *Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2021.
104. Merriweather LR. Changing “I”: autoethnography and the reflexive self. *JAEPR*. 2015; 1(2): 64-9.
105. Deitering AM, Schroeder R, Stoddart R. The self as subject: autoethnographic research into identity, culture and academic librarianship. Chicago: ACRL; 2017. 361p.
106. Ngunjiri FW, Hernandez KAC, Chang H. Living autoethnography: connecting life and research. *J Res Pract*. 2010; 6(1).
107. Tullis J. Yo y los otros. La ética en la investigación. In: Calva SMB. *Autoetnografía: una metodología cualitativa*. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes y El Colegio de San Luis; 2019. p. 155-179.
108. Dodgson JE. Reflexivity in qualitative research. *J Hum Lact*. 2019; 35(1): 220-22.
109. Butler J. *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. São Paulo: Autentica; 2015. 200p.
110. Calafell BM. (I)dentities: considering accountability, reflexivity, and intersectionality in the I and the We. *Liminalities: A Journal of Performance Studies*. 2013; 9(2): 6-13.

111. Pessoa F. O eu profundo e os outros eus: seleção poética; seleção e nota editorial de Afrânio Coutinho. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
112. hooks b. Anseios: raça, gênero e políticas culturais. [Local desconhecido]: Editroa Elefante; 2019. 448 p.
113. Raimondi GA, Moreira C, Brilhante AV, Barros NF. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. Rev Saúde Pública. 2020; 36(12): 1-13.
114. Doloriert C, Sambrook S. Ethical confessions of the “I” of autoethnograph: the student’s dilemma. Qualitative Research in Organizations and Management. 2009;4(1):27-45.
115. Reyna C; Santos SM. Apresentação do Dossiê Autoetnografias: (In)visibilidades, reflexividades e interações entre “Eus” e “Outros” Teoria e Cultura: Revista Da Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFJF. 2022; 17(3):11-16.
116. Adams TE, Jones SH, Ellis C. Autoethnography. United States of America: Oxford University Press; 2015. 193 p.
117. Miranda C F. A autoetnografia como prática contra-hegemônica. Teoria e Cultura: Revista Da Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFJF. 2022; 17(3): 70-78.
118. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Caruaru [Internet]. 2024 [acesso 27 Jun 2024]. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>
119. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (BR). Dossiê IPHAN 9: Feira de Caruaru [Internet]. [S.I.]; [S.D.] [acesso 27 Jun 2024]. Disponível: http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/dossie9_feiradecaruaru.pdf
120. Prefeitura de Caruaru, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Turismo, Tecnologia e Economia Criativa. Contexto Econômico [Internet]. Caruaru: 2024 [acesso 27 Jun 2024]. Disponível: <https://contextoeconomico.caruaru.pe.gov.br/contextos/2023-12.pdf>
121. Prefeitura de Caruaru, Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru. Serviços de Saúde [internet]. Caruaru: 2024 [acesso 27 Jun 2024]. Disponível:

<https://saudecaruaru.pe.gov.br/site/index.php/2018/12/04/servicos-de-saude/>

122. Nascimento J, Vaz L. País de Caruaru, Capital do Forró, Princesa do Agreste... Veja nomes e expressões que identificam Caruaru ao longo das décadas [internet]. [S.L.]: G1; 2022 [acesso 27 Jun 2024]. Disponível: <https://g1.globo.com/pe/caruaru-regiao/noticia/2022/05/18/pais-de-caruaru-capital-do-forro-princesa-do-agreste-veja-nomes-e-expressoes-que-identificam-caruaru-ao-longo-das-decadas.ghtml>
123. Condé J. Terra de Caruaru. 6. ed. Caruaru: W.D. Porto da Silva; 2011.
124. Lapadat JC. Ethics in autoethnography and collaborative autoethnography. *Qualitative Inquiry*. 2017; 23(8): 589-603.
125. Klykken FH. Implementing continuous consent in qualitative research. *Qualitative Research*. 2021;22(5):795-810.
126. Preissle J, DeMarrais K. Enseñar la reflexividad en la investigación cualitativa. Acoger un estilo de vida de investigación. In: Calva SMB. *Autoetnografía: una metodología cualitativa*. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes y El Colegio de San Luis; 2019. p. 83-93.
127. Berry K. Spinning autoethnographic reflexivity, cultural critique, and negotiating. In: Jones SH, Adams T, Ellis C. *Handbook of autoethnography*. [Local desconhecido]: Routledge; 2015. p. 229-26.
128. Alexander BK. Standing in the wake: a critical auto/ethnographic exercise on reflexivity in three movements. *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*. 2011; 11(2): 98-107.
129. Philbrok-Gingrich G. Evaluating (evaluations of) autoethnography. In: Jones SH, Adams T, Ellis C. *Handbook of autoethnography*. [Local desconhecido]: Routledge; 2015. p.609-26.
130. Poerwandari EK. Minimizing Bias and Maximizing the Potential Strengths of Autoethnography as a Narrative Research. *Japanese Psychological Research*.2021; 63(4): 310-323. doi: 10.1111/jpr.12320.
131. Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):501-20.

132. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(suppl 2):331-36.
133. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2004/2005;9(16):161-77.
134. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (BR). Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS para 1991. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; 1991.
135. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (BR). Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB - SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; 1992.
136. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
137. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (publicada no D.O.U de 6/11/1996) [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; [S.D.] [acesso 24 Jun 2024]. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>
138. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
139. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde /SUS - NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
140. Wikipédia. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde [internet]. [S.I.];2016 [acesso 24 Jun 2024]. Disponível:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Norma_Operacional_B%C3%A1sica_de_Recursos_Humanos_do_Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde

141. Franco TB, Merhy EE. O Uso de Ferramentas Analisadoras para o Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP)". In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.135-170.
142. Prefeitura de Caruaru, Secretaria Municipal de Caruaru. Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames complementares (NOA-Caruaru) [internet]. Caruaru: 2024 [acesso 24 Jun 2024]. Disponível: <https://saudecaruaru.pe.gov.br/site/index.php/2015/03/24/norma-operacional-de-acesso-equitativo-e-integral-a-consultas-especializadas-e-exames-complementares-noa-caruaru/>
143. Gêrvas J; Fernández MP. São e Salvos e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, 2016. 279 p.
144. Andrade, CD. A flor e a náusea. Em: A rosa do povo. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
145. Vásquez, GH. A estruturação do discurso bioético I: comunicação e linguagem. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
146. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? Jama. 1999;282(15):1458-65
147. Rigo AP, Levandovski RM, Tschiedel B. Protocolo clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: adesão e percepção do médico prescritor. Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26(1):197-208.
148. Uchoa SAC, Camargo Junior KR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(4):2241-2249.
149. Costa JO, Almeida-Brasil CC, Godman B, Fischer MA, Dartnell J, Heaney A, et al. Implementation of clinical guidelines in Brazil: should academic detailing be used? Journal of Pharmaceutical Health Services Research. 2016; 7:105-15.

150. Coronel ALC, Almeida LM, Caregnato RCA, Silva HTH. Utilização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas por médicos da atenção básica. *Interdisciplinary Journal Of Health Education*. 2017;2(2):96-102.
151. Almeida PF, Gêrvas 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*. 2013;27(98):400-15.
152. Moreira LB, Cruz FLS, Silva SLA. Organização do fluxo de serviços fisioterapêuticos: concordância entre percepção clínica e protocolo. *Fisioter. Mov*. 2021;34:1-11.
153. Barros JAC. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Rev. Saúde Publ*. 1983;17:377-86.
154. Hekis HR, Sousa KC, Furukava M, Valentim RAM, Oliveira ID, Alves RLS. A indústria farmacêutica e a importância de estratégias dos propagandistas de medicamentos: estudo com colaboradores em Natal/RN. *HOLOS*. 2014;4:317-33.
155. Santos BL, Santos TAR, Caffé Filho HP. A importância da propaganda médica para o sucesso da indústria farmacêutica e a diferença que o propagandista faz para a classe médica e seus pacientes. *Id on Line Rev. Mult. Psic*. 2020;14(50):914-928.
156. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Uma análise sobre a delicada relação entre médicos e indústria farmacêutica. *Informativos CREMESP*. Edição 232 - 12/2006 [internet]. São Paulo: 2006 [acesso 11 Out 2024]. Disponível:
<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=766>
157. Pereira, Cleide. Como médicos são assediados pela indústria farmacêutica para prescrever medicamentos. *Jornal Zero Hora*. [internet]. Porto Alegre: 2015. [acesso 11 Out 2024]. Disponível em:
<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2017/05/como-medicos-sao-assediados-pela-industria-farmaceutica-para-prescrever-medicamentos-9788194.html>
158. Rossi, Amanda. Os milhões e os mimos que a indústria da saúde paga aos médicos. *TAB Uol*. [internet]. São Paulo: 2024. [acesso 11 Out 2024]. Disponível em:
<https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2024/03/20/viagens-e-presentes->

[os-milhoes-que-a-industria-da-saude-paga-aos-medicos.htm#:~:text=O%20UOL%20descobriu%20que%2C%20num,portas%20para%20conflitos%20de%20interesses.](#)

159. Miguelote VRS, Camargo Junior KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(1):190-96.
160. Machado LV, Ferreira RR. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemia de depressão”: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*. 2014;19(1):135-44.
161. Ramos Neto LA, Troccoli IR, Vieira PRC. Relacionamento médico-indústria farmacêutica: de onde vem o seu valor?. *Rev. Eletrônica de Estratégia & Negócios*. 2017;10(2):126-153.
162. Reis CS, Moreira MZ, Murakami LC, Carneiro JVC. Marketing de relacionamento na indústria farmacêutica como recurso para a fidelização de clientes. *Revista Gestão & Conexões*. 2018;7(1):100-121.
163. Peterson CR. *Gíria médica: trambiclinicas, pilantrópicos e embromeds*. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
164. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde Debate*. 2016;40(110):244-263.
165. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(8): 3373-3382.
166. Oliveira AM, Lemes AM, Machado CR, Silva FL, Miranda FS. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2010;10(Supl.2):5433-39.
167. Schramm FR. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. *Revista Brasileira de Bioética*. 2007; 3 (3): 377-389.