



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**CELITA NAZARETH PACHECO DE MENEZES**

**ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÃO DE SAÚDE: GOVERNANÇA,  
ORGANIZAÇÃO E OFERTA**

**FEIRA DE SANTANA**

**2023**

**CELITA NAZARETH PACHECO DE MENEZES**

**ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÃO DE SAÚDE: GOVERNANÇA,  
ORGANIZAÇÃO E OFERTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Política, planejamento, organização de sistemas, serviços e programas de saúde.  
Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos.

FEIRA DE SANTANA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

M51a

Menezes, Celita Nazareth Pacheco de

Atenção especializada em região de saúde: governança, organização e oferta / Celita Nazareth Pacheco de Menezes. – 2023.

129 f.: il.

Orientador: Adriano Maia dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2023.

1. Serviços de saúde. 2. Policlínicas. 3. Consórcio Interfederativo de Saúde. I. Santos, Adriano Maia dos, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614.2(814.22)

## **CELITA NAZARETH PACHECO DE MENEZES**

### **ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÃO DE SAÚDE: GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E OFERTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política, planejamento, organização de sistemas, serviços e programas de saúde.

Aprovada em: 01 de setembro de 2023

#### **BANCA EXAMINADORA:**

Documento assinado digitalmente  
 **ADRIANO MAIA DOS SANTOS**  
Data: 08/02/2024 13:58:26-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Documento assinado digitalmente  
 **ANA AUREA ALECIO DE OLIVEIRA RODRIGUES**  
Data: 07/02/2024 16:14:09-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Documento assinado digitalmente  
 **ADRIANA ROESE RAMOS**  
Data: 01/02/2024 23:54:03-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Roese Ramos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Às minhas filhas, Ana Carolina e Maria Beatriz,  
pelo amor e pela compreensão.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por mais uma experiência de vida e aprendizado.

Às minhas filhas, Ana Carolina e Maria Beatriz, por me mostrarem o que realmente vale a pena ser vivido. Por serem meu equilíbrio e por me fazer sentir tanto amor.

Aos meus pais, Francisco (in memoriam) e Maria, por todo o amor e dedicação. A minha família (irmãos, cunhadas e sobrinhos), pelo apoio em toda essa jornada. Meu querido sobrinho Vini, que todos os finais de semana, quando juntos, perguntava cheio de curiosidade adolescente: “tia, como está sua dissertação?”

Ao meu orientador, Adriano Maia, pelo acolhimento, pela capacidade de se doar ao que faz, pelos ensinamentos, pela generosidade, paciência e condução. Adriano, meu muito obrigado aqui é pouco, mas simboliza o que senti durante esse processo: uma grande parceria. Gratidão!

Às professoras doutoras Adriana Roesse e Ana Áurea Alcício, pela disponibilidade em participar da minha banca (qualificação e defesa), pelo cuidado com que leram a dissertação e pelas ricas contribuições.

A todos os entrevistados, profissionais e gestores do SUS, que se dispuseram a colaborar com esse estudo de forma tão solidária. Aqui agradeço de forma especial a Monique Seixas Daltro, diretora da Policlínica Regional em Feira de Santana, por toda a disponibilidade e apoio. A partir das nossas longas conversas sobre os desafios da gestão, surgiu uma amizade muito especial.

Aos colegas de mestrado, difícil imaginar como nos tornamos tão próximos, mesmo iniciando essa trajetória de forma virtual. Silvia Carneiro, Adeilda, Cleuton, Rafaela, Silvinha e Giani, com vocês o caminhar foi mais leve.

Aos meus colegas da SESAB/NRS-CL, por compreenderem minhas ausências. Ao coordenador Edy Gomes, pelo incentivo constante. A Rosilene, pessoa querida, que tanto me ajudou com as transcrições.

Aos docentes da 4ª turma do mestrado profissional em saúde coletiva da UEFS, por todo o aprendizado. A Renildo e Ana, sempre solícitos e colaborativos, diante das inúmeras solicitações e dúvidas.

A todos que não coloquei aqui, mas que sabem que são parte importante da minha história.

## RESUMO

A presente pesquisa, teve por objetivo analisar a organização e a oferta de serviços especializados na região de saúde de Feira de Santana, no estado da Bahia. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, onde foram utilizados como instrumento de pesquisa, dados secundários (documentos, relatórios e atas) e entrevistas semiestruturadas com gestores estaduais e municipais, e técnicos das centrais de marcação e regulação. Entre os principais resultados, observou-se a melhoria da oferta de serviços especializados por meio da implantação da policlínica regional na região de saúde e viabilidade do transporte sanitário; fragmentação do cuidado ao usuário; limitações na regulação dos usuários para serviços especializados (listas de espera, filas, marcações incorretas, vagas perdidas ou ociosas); ingerência política; dificuldades de contratação para algumas especialidades com menor oferta de profissionais especialistas; expansão do setor privado; contratação de profissionais especialistas para atendimento em municípios com tipologia intermediário adjacente; persistindo uma maior dificuldade de oferta de atenção especializada em municípios com tipologia rural adjacente; recorrência de problemas relacionados a oferta por meio da programação pactuada e integrada (relação físico-financeiro). Foram identificados fragilidades no mecanismo de governança regional e suas instâncias formais, inexistência de articulação regional no processo de consecução do Consórcio Interfederativo de Saúde e Policlínica Regional, descaracterização do desenho do plano diretor regional do estado, com presença de municípios pertencentes a outras regiões de saúde na formação do consórcio. Este estudo, pode contribuir com a formulação de estratégias que possam dar sustentabilidade ao equipamento policlínico na região estudada, fortalecimento das instâncias de pactuação loco regional e reforçar a importância do planejamento para definição das prioridades de serviços e equipamentos regionais.

**Palavras-chave:** Atenção Especializada; Regionalização em Saúde; Acesso; Policlínica Regional; Consorcio Interfederativo de Saúde; Governança Regional.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the organization and provision of specialized services in the health region of Feira de Santana, in the state of Bahia. This is a qualitative case study performed with secondary data (documents, reports and records) and semi-structured conducted interviews with state and municipal managers, and technicians from the scheduling and regulation centers. Among the main results, there was an improvement in the supply of specialized services through the implementation of the regional polyclinic in the health region and the viability of sanitary transport; fragmentation of user care; limitations in user regulation to specialized services (waiting lists and lines; incorrect appointments, lost or idle vacancies); political interference; hiring difficulties for some specialties with a smaller amount of specialist professionals; expansion of the private sector; hiring specialist professionals to provide assistance in municipalities with adjacent intermediary typology; maintenance of significant difficulty in providing specialized care in municipalities with an adjacent rural typology; recurrence problems related to offer through the agreed and integrated programming (physical-financial relationship). It was identified fragilities related to the regional governance mechanism and its formal instances, lack of regional articulation in the process of achieving the Interfederative Health Consortium and Regional Polyclinic, mischaracterization of the design of the state regional master plan, with the presence of municipalities belonging to other health regions in the conformation of the consortium. This study can contribute to the formulation of strategies that can provide sustainability to the polyclinic equipment in the studied region, strengthen local regional agreement and reinforce the importance of planning to define priorities for regional services and equipment.

**Keywords:** Specialized Care; Regionalization in Health; Access; Regional Polyclinic; Interfederative Health Consortium; Regional Governance.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Características dos municípios da Região de Saúde de Feira de Santana	33
Quadro 2 -	Distância e tempo entre Feira de Santana e os municípios da Região de Saúde.....	35
Quadro 3 -	Representações dos sujeitos.....	38
Quadro 4 -	Sujeitos entrevistados.....	39
Quadro 5 -	Documentos selecionados para a pesquisa.....	40
Quadro 6 -	Categorias e núcleos temáticos.....	41
Quadro 7 -	Consultas, exames e procedimentos ofertados em abril de 2023.....	75
Quadro 8 -	Indicadores de produção 1º trimestre de 2022.....	77
Quadro 9 -	Indicadores produção 2º trimestre 2022.....	77
Quadro 10 -	Indicadores produção 3º trimestre 2022.....	78
Quadro 11 -	Indicadores produção 4º trimestre 2022.....	78
Quadro 12 -	Indicadores produção 1º trimestre 2023.....	79

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Divisão das Regiões de Saúde, segundo Plano Diretor de Regionalização. Bahia/BR, 2015.....	23
Figura 2 -	Macrorregião Centro Leste da Bahia.....	32
Figura 3 -	Regiões de Saúde da Macrorregião Centro Leste da Bahia.....	32
Figura 4 -	Região de Saúde de Feira de Santana.....	33
Figura 5 -	Módulos SIGES para disponibilização de vagas e agendamentos.....	63
Figura 6 -	Fluxo de regulação para consultas, exames e procedimentos em Policlínica Regional.....	66
Figura 7 -	Representação dos mecanismos de acesso a atenção especializada.....	86

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMC	Atenção a Média Complexidade
APG	Assessoria de Planejamento e Gestão
APS	Atenção Primária à Saúde
CERS	Centros Executivos Regionais de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas
COPRI	Coordenação de Planejamento Regional
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NRS-CL	Núcleo Regional de Saúde Centro Leste
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIGES	Sistema Integrado de Gestão em Saúde
SUDESC	Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

## SUMÁRIO

	<b>APROXIMAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA.....	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
3.1	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.....	21
3.2	ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA: INFLUÊNCIAS E INTERFERÊNCIAS.....	24
3.3	CONSÓRCIOS PÚBLICOS: UMA POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO CONJUNTA.....	27
<b>4</b>	<b>CAMINHO DA PESQUISA.....</b>	<b>31</b>
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	31
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	32
<b>4.2.1</b>	<b>A região de saúde de Feira de Santana.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2.2</b>	<b>A Policlínica regional de Saúde de Feira de Santana.....</b>	<b>35</b>
4.3	SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
4.4	TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DE DADOS.....	38
4.4.1	Entrevistas semiestruturadas.....	38
4.4.2	Registro documental.....	39
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	40
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR MUNICIPAL e GESTOR CIR – COORDENADOR.....</b>	<b>109</b>

<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR ESTADUAL DA POLICLÍNICA.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR ESTADUAL COORDENADOR DO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE CENTRO LESTE.....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – TÉCNICOS REGULADORES DA POLICLÍNICA REGIONAL.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTORES.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TÉCNICOS REGULADORES.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO 1 - ATA DE REUNIÃO DA CIR</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO 2 - SERVIÇOS DEFINIDOS E ESTRUTURADOS PELO PROGRAMA COM RESPECTIVOS POTENCIAIS DE PRODUÇÃO MENSAL E PROGRAMAÇÃO PACTUADA CONSORCIAL – PPC ....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS – POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS – COORDENADOR DO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE CENTRO LESTE.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO 5 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>127</b>

## **APROXIMAÇÃO COM O TEMA**

Desenvolver este projeto de pesquisa, faz-me pensar o porquê da escolha do tema proposto “Atenção especializada em região de saúde: governança, organização e oferta”. Esse questionamento, remonta minha trajetória profissional; e assim, vou lembrando momentos, movimentos, encontros, encantos e desencantos.

Minha graduação em odontologia, embora com grade curricular moldada para a prática clínica, importante para minha formação e atuação na área, proporcionou minha aproximação com a Saúde Coletiva. Segui meu caminho profissional, com atuação em consultório privado, mas as experiências que surgiram de atuação na estratégia de saúde da família foram fortalecendo o desejo de ampliar minha formação por meio da especialização e do mestrado na área da Saúde Coletiva.

Após alguns anos, fui aos poucos e tendenciosamente direcionando meus passos para a atuação em Saúde Coletiva. Uma vez, sanitarista, efetiva do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), com a atuação em espaços de gestão, sempre me inquietou a necessidade de oferta de serviços que fosse capaz de ampliar a resolutividade das equipes de atenção primária à saúde, garantir o diagnóstico em tempo oportuno e reduzir os encaminhamentos desnecessários à rede hospitalar.

A vivência no apoio institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB), na Sesab, com processo de trabalho que envolvia a construção coletiva, interação e criação de laços construtivos com os gestores e profissionais em diferentes municípios, com agendas “in loco” nos territórios, ampliou o meu olhar acerca das fragilidades-potencialidades regionais na construção das redes de atenção à saúde (RAS).

Em 2014, ainda como apoiadora institucional, passei a acompanhar as agendas de discussão sobre os consórcios interfederativos de saúde e policlínicas regionais. As agendas buscavam a interação entre os gestores municipais e a gestão estadual, num movimento para criação dos CIS e oferta de serviços especializadas regionais por meio das policlínicas regionais de saúde.

Em 2015, solicitei minha remoção para o Núcleo Regional de Saúde Centro Leste (NRS-CL), localizado em Feira de Santana. Nesta nova experiência, continuei exercendo minhas atividades de gestão da atenção básica à saúde, sendo incluída, também, a atuação nas RAS, o planejamento regional e participação nas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR) – na qual atualmente estou como membro efetivo regional.

Assim, à medida que minha participação em espaços de gestão na região de saúde de Feira de Santana era ampliada e diversificada, as discussões relacionadas à oferta de serviços da policlínica, a existência de vagas ociosas e perdidas, envolvendo a complexidade relacional de acesso, organização da RAS, regionalização e arranjos regionais, e o custo-efetividade deste serviço, tornavam-se mais frequentes, fui iniciando minhas análises, baseadas nas percepções cotidianas desses espaços e nas discussões internas com a gestão da policlínica.

Em 2019, fui selecionada para participar do curso de especialização de Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde, ofertado pela Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia, estabelecida como condição necessária a atuação como diretor/a das policlínicas implantadas no estado. Posso dizer que em nenhum momento ser gestora de uma unidade esteve ou está em meus anseios, mas sim, ampliar conhecimentos sobre gestão e gerenciamento, como um todo.

O desejo de ampliar minha formação acadêmica e, conseqüentemente, agregar conhecimentos a minha vida profissional, incluía o Mestrado em Saúde Coletiva. Assim, em 2020, participei da seleção do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), onde oportunamente a vontade de continuar estudando e pesquisando sobre policlínicas e sua interface com o acesso, as redes de atenção à saúde e regionalização está alinhada com uma das linhas de pesquisa do meu orientador.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a análise da governança regional, organização e oferta de serviços especializados em uma região de saúde do estado da Bahia.

Orientado pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade da assistência e pelas diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, o SUS, vem ao longo dos anos passando por mudanças jurídicas, legais e institucionais, que interferem na forma como é direcionada a assistência à saúde no país (Bahia, 2018).

Os preceitos constitucionais que garantem o direito de todos os cidadãos a uma assistência à saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, o acesso aos serviços de saúde representa o primeiro passo na busca do atendimento às necessidades de saúde da população. Garantindo, em tese, que todas as pessoas em território nacional, tenham acesso aos recursos e aos diversos serviços que conformam a prestação de assistência, quando deles precisarem e de acordo com suas necessidades de saúde (Jesus; Assis, 2011).

A descentralização, estratégia impulsionada por meio de políticas públicas, a partir da década de 1990, delega o poder decisório do âmbito nacional para outras esferas de governo, transferindo serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal (Paim, 2018). Os anos que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988, e os movimentos municipalistas, tiveram como foco a descentralização política e financeira da União em direção aos municípios, sem fortalecimento da regionalização (Abrúcio, 2005).

Nos anos 1990, a tendência municipalista, foi fortalecida pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, definindo o município como gestor dos serviços de saúde e consolidando mecanismos de negociação entre os diferentes níveis de governo por meio da criação das comissões intergestores bipartite e tripartite (Arretch; Marques, 2002). A NOB, de 1996, ampliou as atribuições do estado no sentido de criar condições para a gestão dos serviços de saúde pelos municípios, e estabeleceu a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de pactuação de ações e serviços de saúde entre gestores numa lógica ascendente a partir da base municipal (Brasil, 1996).

Nesse sentido, apesar de redefinir as responsabilidades dos entes e reforçar a autonomia dos estados e principalmente dos municípios, que passam a ser esferas de poder decisório, seja na gestão de prestadores, ou de recursos financeiros, e tendo impulsionado a ampliação de cobertura e de acesso da população aos serviços e ações de saúde, uma vez que promove a

organização da atenção à saúde, no âmbito local mais próximo da população (Reis *et al.*, 2017); a descentralização, como foi formulada, não considerou a capacidade dos municípios em assumir a gama de ações em saúde, delimitadas no processo (Pinafo *et al.*, 2020). E, em consequência, interpôs competitividade por recursos financeiros entre regiões, numa lógica de pouca cooperação, produzindo barreiras do acesso aos serviços no âmbito locorregional (Ribeiro *et al.*, 2017).

Ademais, a diversidade da realidade dos municípios brasileiros, impõe maiores desafios aos municípios de pequeno porte, por aliarem menor densidade populacional e maior vulnerabilidade socioeconômica da população à menor capacidade financeira, técnica e gerencial para prover serviços de saúde (Pinafo *et al.*, 2020).

Assim, à medida que avançava, a descentralização foi gradativamente revelando problemas, como: sistemas de saúde municipais conformados de forma desarticulada e pouco resolutiva, desigualdades técnicas, financeiras e de necessidade de saúde dos municípios; e, fragilização do papel do estado; em consequência, ocorre a retomada a agenda de regionalização (Pereira; Lima; Machado, 2018).

Diretriz organizativa do SUS, necessária a compreensão deste estudo, a regionalização assume relevância a partir dos anos 2000, tendo como mecanismo indutor as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As NOAS 01/02 dispõem que o processo de regionalização é estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde com o objetivo de alcançar maior equidade, detalhando as funções estaduais de formulação de políticas, planejamento e regulação, e propondo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), como instrumentos ordenadores do processo de planejamento em saúde, dando possibilidade a organização efetiva de uma rede hierarquizada e regionalizada (Lima *et al.*, 2010).

A regionalização contempla a perspectiva de superar a fragmentação do sistema, numa expectativa de condução à redução das iniquidades inter e intrarregionais por meio da construção de um modelo de cooperação financeira, prestação de serviços e autonomia dos entes federados, redefinindo a responsabilidade de cada esfera de governo para consolidação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (Santos, 2018).

Apesar dos avanços normativos, problemas como diferenças socioeconômicas, insuficiência no financiamento, dificuldades de acesso, fortalecimento da presença do setor privado e fragilidade na articulação regional se interpõem num cenário de desigualdades entre as grandes regiões, unidades federativas e regiões de saúde (Viacava *et al.*, 2018).

Numa perspectiva de resolução destes problemas, o Pacto pela Saúde (pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão), instituído pela portaria 399, de 22 fevereiro de 2006, vem reafirmar a regionalização como processo fundamental para reorganização do sistema, por meio de uma gestão compartilhada e solidária, que considerando as diferenças regionais e, a organização de regiões sanitárias possa garantir um atendimento integral de qualidade ao indivíduo (Menicucci; Marques; Silveira, 2017).

Assim, em 2006, a estratégia da regionalização aparece com força na normativa do SUS, retomando instrumentos gerenciais, proporcionando a criação de regiões de saúde e formulação de pactos intergovernamentais, com vista ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias (Vianna *et al.*, 2008).

Ademais, o Plano Diretor Regional, com o Pacto pela Saúde, é retomado como instrumento ordenador da conformação das regiões de saúde, cabendo aqui o fortalecimento dos espaços legítimos de articulação dos gestores municipais, para proposição do desenho da Região de Saúde (Jesus; Assis, 2011).

Numa perspectiva de articulação entre entes federativos, que permita de forma integrada, compartilhada e planejada garantir a conformação de uma rede de serviços capaz de prover assistência à saúde em diferentes municípios, o Decreto nº 7.508 (2011), pressupõe a efetivação do planejamento, programação e a regulação das ações e serviços de saúde. No âmbito regional, mantém as Comissões Intergestores Regionais (CIR), conformando-se em instâncias privilegiadas de tomada de decisão e resolução de conflitos, que reúnem gestores municipais e do estado (Ouverney *et al.*, 2021). Apesar de constituírem espaços estratégicos, são identificadas fragilidades quanto ao planejamento regional e cenários de disputa em processos decisórios (Santos; Giovanella, 2014).

Por meio do Decreto nº 7.508 (2011), são orientados aspectos de hierarquização, integralidade da assistência, redes de saúde, além de definir e conceituar as regiões de saúde, ampliando a percepção para além dos limites geográficos para constituir um espaço programático. Assim, a região de saúde resulta de acordo entre entes federativos via pactuação e, desta forma, passa a constituir o território de referência para negociação, planejamento e execução de ações e serviços contínuos das RAS (Duarte *et al.*, 2015).

Ainda que a operacionalização das RAS configure a superação de fragmentação do sistema, definindo comunicação e interdependência entre os diversos componentes, Santos e Giovanella (2016) identificam fragmentação da rede com pouca resolutividade, agravando o já crônico problema de insuficiência de vagas, aumentando a insatisfação de gestores, profissionais, usuários, e revelando mau uso dos recursos públicos.

Uma vez definido os limites que conformam uma região de saúde, o acesso da população a serviços especializados deve acontecer dentro do recorte territorial definido para a população conformando adequado itinerário terapêutico às suas necessidades (Santos, 2017).

Quanto ao nível de complexidade, a atenção especializada, que compõe o objeto desta pesquisa, está inserida na média complexidade sendo conformada por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população que demandam atendimento especializado e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (Mendes, 2011). Cabe destacar que os serviços especializados, frequentemente são organizados no território, em ambulatório de especialidades, com predominância da oferta em serviços na maior parte na iniciativa privada (Tesser; Poli, 2017).

Desta forma, a distribuição dos serviços especializados num contexto regional é desafiadora, dada a distribuição desigual nos municípios, dependência e interesses do setor privado, e o arranjo de governança regional (Silveira *et al.*, 2016).

Ainda que a PPI, instrumento do planejamento, objetive nortear a alocação de recursos financeiros por meio de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores municipais, e coordenado pelo gestor estadual, definindo recursos e quantificando ações e serviços para a assistência à população residente ou referenciada de outro município (Molesini *et al.*, 2010). A defasagem da Tabela Unificada do SUS implica em dificuldades para pactuação e consenso entre os municípios, num jogo de disputas por recursos e insatisfações generalizadas (Santos, 2018).

Dante das dificuldades de consolidação da regionalização como estratégia de reorganização da rede de atenção, ampliação do acesso e superação da fragmentação das ações e serviços, os Consórcios de Saúde, surgem como instrumento capaz de promover maior cooperação entre os entes federados, maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população (Flexa; Barbastefano, 2020). Apesar de incluírem pressupostos da regionalização, os consórcios são conformados por diversos atores e lógicas orçamentárias que podem não só interferir no processo decisório, como também na capacidade de oferta e desempenho de suas atribuições (Leal *et al.*, 2019).

Ainda que, a racionalização de recursos configure como elemento fundamental para associação entre municípios por meio dos consórcios intermunicipais, este, em si, não garante a efetividade do consorciamento. Capacidade técnica e de negociação, inexistência de conflitos de interesse político com manutenção da autonomia política nos lócus municipais, e preponderância do princípio de cooperação intergovernamental entre os entes, conferem estabilidade ao modelo de consorciamento. Por sua vez, mecanismos que assegurem a

participação da sociedade civil intermediada pelos conselhos de saúde, ainda é um desafio importante, por inferir maior aproximação com as demandas da população no território e processos de transparência (Abrúcio; Filippim; Dieguez, 2013).

Apesar da diversidade de normativas, a demanda por serviços de atenção especializada ainda configura vazios assistenciais, uma vez que a organização e o acesso seguem a lógica da oferta e não das necessidades de saúde (Silveira *et al.*, 2016).

As desigualdades existentes no Brasil e as dificuldades ainda frequentes para garantia do acesso e do cuidado exigem de todos os entes federados esforços que venham a conciliar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde (Machado *et al.*, 2014).

Diante das lacunas assistenciais e com o compromisso de descentralização da gestão e execução das ações e serviços de saúde em caráter regional, o governo do estado da Bahia, em 2015, apresenta a proposta de implantação dos Consórcios Interfederativos de Saúde, buscando o desenvolvimento de ações conjuntas regionalizadas de saúde na abrangência territorial das 28 regiões de saúde do estado, conforme Plano Diretor de Regionalização vigente; por sua vez, as policlínicas regionais de saúde, passam a ser implementadas a partir da conformação destes consórcios (Bahia, 2016).

A partir do entendimento dos inúmeros desafios de construção de uma rede regionalizada que atenda às necessidades de saúde da população, este estudo traz como proposição investigar a conformação da oferta de serviços de atenção especializada na região de saúde de Feira de Santana, no contexto da diversidade regional, em seus aspectos socioeconômicos, técnicos e assistências. E, desta forma, trazer contribuições para a organização do serviço, numa perspectiva de enfrentamento das desigualdades e iniquidades do acesso, a partir da reorientação da oferta de assistência adequada ao perfil de necessidades dos municípios que compõem a região de saúde.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a organização e a oferta de serviços especializados na região de saúde de Feira de Santana, Bahia.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as articulações intergestores para consecução da oferta de serviços especializados na região de saúde Feira de Santana;
- Analisar a governança locorregional e como os diferentes sujeitos posicionaram-se à adoção da policlínica de saúde para oferta de atenção especializada na região de saúde de Feira de Santana;
- Discutir os avanços e desafios do Consórcio Interfederativo de Saúde para viabilizar a oferta de serviços especializados na região de saúde de Feira de Santana.

Para esta pesquisa, formulamos como pressuposto: A implantação da Policlínica Regional, via consórcio interfederativo, pode ampliar o acesso e possibilitar maior garantia da integralidade do cuidado para a população de uma região de saúde, a partir do fortalecimento dos espaços de governança regional e efetivo planejamento integrado para adequada oferta de ações e serviços de saúde.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

A regionalização estabelece uma nova lógica de governança, transcorrendo por avanços e retrocessos; caracterizada pela articulação solidária e priorizando ações para lidar com as desigualdades políticas, territoriais, geográficas, sociais e econômicas no âmbito das políticas de saúde (Santos; Giovanella, 2014).

A Lei 2.321, de 1966, e a Reforma Administrativa que dividiu o território do estado em 21 macrorregiões administrativas, apontava para um movimento de descentralização e regionalização das atividades da Secretaria de Saúde Pública da Bahia (Teixeira *et al.*, 1993). Segundo Molesini (2011), no estado da Bahia, nos anos 1970, a implantação dos Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS), que posteriormente levou à criação de 17 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), identificava um processo de descentralização administrativa, sem descentralizar o poder político entre as esferas de governo, representando a subdivisão do território, como forma de facilitar a administração da rede de serviços estaduais.

O estado da Bahia foi pioneiro no país a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, em 1989, conformavam-se 29 DIRES, distribuídas em 29 regiões do estado. A implantação das políticas de saúde na Bahia e a formação do SUDS foram marcadas por enfrentamentos políticos institucionais, transcorrendo em dificuldades nos processos de cooperação, dada pelas divergências políticas de dirigentes das DIRES, e pelos setores tecnocráticos da secretaria (Paim, 1989).

A Gestão Plena foi assumida pela SESAB em 2003, concedendo ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, num contexto de financiamento, os recursos de média e alta complexidade sob a gestão da SESAB passaram a ser automaticamente transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia. O Termo de Compromisso de Gestão, efetivando a adesão ao Pacto pela Saúde, foi assinado em outubro de 2007 (Bahia, 2012a).

Apesar da adesão ao Pacto pela Saúde, a participação da sociedade civil e de técnicos da SESAB, era tímida e restrita ao Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB); sendo as decisões definidas por entes políticos, ou da esfera executiva estadual de maior escalão (Coelho; Paim, 2005).

Em 2001, tem início a elaboração do primeiro Plano Diretor de regionalização (PDR) do estado da Bahia, formulado pela Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (SUDESC) e CIB, estabelecendo seis macrorregiões de saúde, 31 microrregiões e 122 módulos

assistenciais. Este desenho territorial sofre alterações nos anos de 2004 e 2006, passando a conformar oito macrorregiões, 32 microrregiões e 128 módulos assistenciais (Observatório Baiano de Regionalização, 2022a).

Em conformidade com o Decreto Presidencial nº 7508/11, por meio da Resolução CIB/BA nº 275/2012, as microrregiões passaram a ser denominadas Regiões de Saúde, e são instituídas as Comissões Intergestores Regionais (CIR) em substituição aos Colegiados de Gestão Microrregionais (Observatório Baiano de Regionalização, 2022b).

O PDR do ano de 2007, aprovado em resolução CIB nº 132, 20 de setembro de 2007 conforma o território de saúde do estado em nove macrorregiões: Norte (três microrregiões), Sul (quatro microrregiões), Leste (quatro microrregiões), Oeste (três microrregiões), Sudoeste (quatro microrregiões), Nordeste (duas microrregiões), Extremo Sul (duas microrregiões), Centro-Norte (duas microrregiões) e Centro-Leste (quatro microrregiões), que integram 30 microrregiões (Bahia, 2009). A Resolução CIB/BA nº 057/2008 define alterações no PDR, estabelecendo nove macrorregiões e 28 regiões de saúde (Bahia, 2012b).

A formulação do PDR de 2007 apresentou como objetivo principal a regionalização das ações e serviços de saúde como garantia de acesso à saúde resolutivo e com equidade; e como premissa, a defesa do SUS enquanto sistema público e participativo, seguindo os conceitos de economia de escala e escopo, capacidade de investimento do estado, acesso com base na distância e trajeto que os usuários devem percorrer até o município de referência e capacidade instalada, priorizando os municípios com maior capacidade instalada pública (Observatório Baiano de Regionalização, 2022b).

Em 2011, por meio da Resolução CIB nº181 (BAHIA, 2011), o PDR foi novamente atualizado e oficializado, sendo mantidas as estruturas de DIRES, nas regiões de saúde (Observatório Baiano de Regionalização, 2022b).

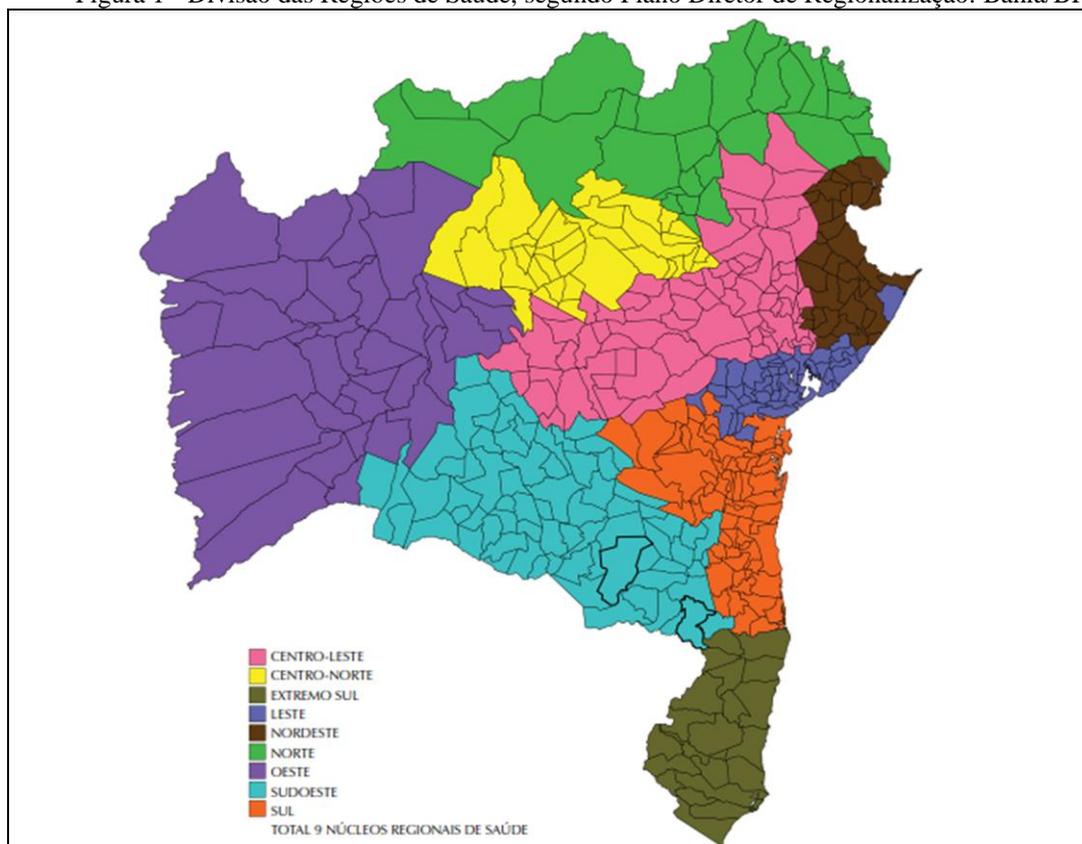
Problemas de infraestrutura, administrativos e políticos, somado aos diferentes entendimentos acerca da regionalização, onde a perspectiva vertical e centralizadora se contrapunha a defesa de descentralização de atividades, autonomia e poder decisório regional, dificultaram o efetivo desempenho das DIRES e a viabilidade do avanço da gestão regionalizada (Aleluia *et al.*, 2022).

A Lei Estadual nº 13.204/2014, que alterou a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo, determina a extinção das DIRES e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS); conquanto as DIRES representavam a descentralização administrativa da SESAB e tinham como principal atribuição apoiar a gestão municipal; os NRS, por conseguinte, teriam que abarcar essas ações, com visíveis fragilidades estruturais e de quadro pessoal

(Santos; Assis, 2017). Essa mudança desconsiderou aspectos técnicos, sendo definida de forma inesperada, sem discussões de cunho regional trazendo como consequência fragilidade da atuação do estado junto aos municípios, sobretudo no apoio técnico aos municípios de menor porte (Silveira *et al.*, 2016). Ademais, as CIR são mantidas nas 28 regiões de saúde, com espaços que devem operar a governança regional (Santos; Assis, 2017).

Ainda que tenham ocorrido movimentos no sentido de promover a implantação do COAP, por meio de discussões em seminários e oficinas, em CIB; não logrou êxito a implementação do COAP no estado da Bahia (Santos, 2018). Desta forma, na estrutura administrativa da SESAB, são definidos nove NRS, representando as macrorregiões de saúde, que para efeito de programação das ações e serviços de saúde, mantêm a subdivisão em 28 regiões de saúde (Figura 1).

Figura 1 - Divisão das Regiões de Saúde, segundo Plano Diretor de Regionalização. Bahia/BR.



Fonte: Bahia, 2016

De acordo com a Resolução CIT nº 37, 22 de março de 2018, as macrorregiões de saúde das unidades federadas, devem ser reorganizadas, com estrutura necessária para aportar serviços de alta complexidade para atender um mínimo populacional de 700 mil habitantes, com exceção da Região Norte (Brasil, 2018). Tendo início na Bahia movimento de redesenho

do território do estado da Bahia, no entanto, esse movimento não produziu alterações no PDR de 2007 (Bahia, 2020).

Na Bahia, o primeiro processo de pactuação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), entre gestores se concretizou em 2003; e em 2010, com novas diretrizes definidas em pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, a SESAB reconduz as discussões no âmbito regional, sendo aprovada uma nova PPI, através da Resolução CIB/BA n° 141/2010 e publicada em Portaria SAS/MS n° 280/2010. Apenas em 2019, é efetivada uma nova pactuação, com realização de oficinas regionais. No entanto, para pactuação são considerados os mesmos parâmetros da PPI 2010 e série histórica de produção ambulatorial e hospitalar, dada a inexistência de ampliação de financiamento federal (Observatório Baiano de Regionalização, 2022c).

### 3.2 ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA: INFLUÊNCIAS E INTERFERÊNCIAS

A Constituição Federal, de 1988, prevê a saúde como um direito de todos e dever do estado, e em seu artigo 196, estabelece o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Acerca do conceito de acesso à saúde, encontram-se variadas definições, pautadas no contato do usuário com o serviço, no entanto, o acesso tem sido fortemente associado à justiça social e equidade, no qual o enfrentamento dos problemas ultrapassa ações em serviços de saúde e exigem políticas socioeconômicas de maior amplitude (Sanchez; Ciconelli, 2012). Dar-se aqui a premente necessidade revisão do financiamento em saúde e retomada do investimento em políticas sociais (Rodrigues, 2015).

No tocante a facilidade de acesso aos serviços de saúde pela população, a mesma possui relação com a oferta de uma assistência com qualidade e que atenda às necessidades da população. Assim, o acesso não retrata somente o uso do serviço, mas a utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos (Mendes, 2016).

A relação interposta entre o usuário e o serviço, compreendidas em dimensões econômicas, teóricas, políticas e simbólicas, convergem para a busca do equilíbrio entre demanda e oferta, em organização da rede regionalizada e hierarquizada, representação social e conhecimento sanitário (Jesus; Assis, 2011).

Respeitando o desenho federativo e os territórios da nação, a descentralização produz a cessão do poder decisório, gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes centralizados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios (Reis *et al.*,

2017). Enquanto a regionalização, como um processo político e técnico, tem como objetivo reduzir as desigualdades sociais e territoriais, por meio da identificação e definição das regiões de saúde (Santos, 2018).

Embora presumindo, a descentralização e a regionalização como movimentos cadenciados, estes não aconteceram na mesma velocidade e frequência, sendo priorizada a agenda da descentralização, trazendo como consequência o fracionamento do sistema de saúde (Pereira; Lima; Machado, 2018). Ao invés de fortalecer uma rede de atenção interdependente e cooperativa, os sistemas passam a ser conformados em espaços de disputas, com priorização por recursos financeiros, determinando pouca capacidade resolutiva (Santos, 2018).

A construção de redes de atenção integradas, de âmbito municipal e regional, envolve a construção de um modelo solidário e cooperativo, tanto em termos financeiros como de prestação de serviços, conciliando os diversos interesses dos municípios, com respeito a autonomia dos entes (Santos; Assis, 2017).

A CIR, como espaço de governança regional, representa o espaço potencial de compartilhamento de problemas e necessidades, de planejamento e coordenação regional do SUS, visando à cooperação intergovernamental (Santos; Giovanella, 2014). Um efetivo desempenho de suas atribuições depende de sua capacidade em lidar com a diversidade de atores com influência regional, como prestadores privados, políticos e articuladores, e que fazem parte do sistema de saúde e conseqüentemente determinam sua conformação (Albuquerque *et al.*, 2018).

Sob gestão municipal ou estadual, a atenção especializada, composta pelo rol de serviços de Atenção de Média Complexidade (AMC), geralmente são ofertados e organizados no território, de forma regional, abrangendo um grupo de municípios, bairros ou distritos (Solla; Chioro, 2012). Insuficiência na oferta de consultas e exames especializados, longo intervalo de tempo entre os atendimentos especializados e ausência de comunicação entre os serviços de diferentes níveis assistenciais, vem caracterizando a atenção especializada (Sousa *et al.*, 2014).

Quanto ao financiamento, a atenção especializada possui considerável demanda reprimida por alguns serviços que geralmente encarece os custos e concentra uma parcela considerável dos recursos públicos em saúde dos municípios (Silva *et al.*, 2017).

Desta forma, a atenção especializada vem apontando fragilidades na operacionalização do SUS, dada a elevada fragmentação, com frágil interação com os demais níveis de atenção e dificuldades operacionais significativas, repercutindo no acesso dos usuários, na adequação e qualidade das tecnologias disponibilizadas e, sobretudo, nos resultados assistenciais (Melo *et al.*, 2021).

Ainda que sejam programadas e pactuadas a distribuição de recursos federais, definidos per capita, e as metas a serem alcançadas na prestação de serviços de atenção especializada intermediada pelo planejamento em saúde, consensuado por gestores municipais de âmbito regional, no processo de PPI (Brasil, 2006). Um estudo constata que não se evidencia a garantia de acesso dos usuários, pelo limitado recurso financeiro repassado pela União, e por uma tabela SUS defasada, que gera custos adicionais aos municípios executores (Sampaio, 2016). Sendo apontado por Machado (2009), priorização de acesso aos serviços para residentes dos municípios executores.

Desta forma, a PPI não tem sido capaz de regular e articular o acesso, devido à complexidade dos territórios; financiamento, interferências do setor privado e ausência de instrumentos de monitoramento; conseqüentemente, não tem garantido a equidade enquanto diretriz do sistema (Biscarde; Vilasbôas; Trad, 2019).

Segundo Solla e Chioro (2012), um outro ponto neste emaranhado de interferências no acesso a serviços especializados, refere-se à maior participação do setor privado na esfera pública, fragilidade nas regras regulamentadoras, auditorias, e maior concentração de serviços em regiões com maior porte populacional. Apontam, ainda, uma escolha por enfermidades, que determinem procedimentos mais bem remunerados na tabela SUS, excessos de pedidos de consultas e exames complementares, e utilização destes serviços para indicação de procedimentos não cobertos pelos planos de saúde ou não autorizados pelas operadoras.

A participação privada no SUS e na oferta de serviços de atenção especializada sem planejamento traz implicações no modelo assistencial e nos custos da saúde, organizando a demanda por oferta e não pela necessidade. Os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS têm perdido o caráter de complementariedade passando a ser entendidos como permanentes, substitutos dos serviços públicos (Romano; Scatena, 2014).

Conquanto, ampliar a oferta de serviços, sem análise do perfil epidemiológico da população, não leva a resultados efetivos na saúde. A existência de serviços que não atendem de fato a necessidade da população, pactuados numa lógica de disponibilidade de recursos financeiros e sem planejamento, reproduz aumento de filas e insatisfação dos usuários (Solla; Chioro, 2012).

Barcelos (2016) propõe a reflexão sobre a integralidade do cuidado, identificando que apenas a expansão dos serviços de saúde é insuficiente, tornando-se necessário a proposição de estratégias que superem a dicotomia de quantidade e qualidade dos serviços. Por sua vez, a fragmentação e desconexão dos serviços indica a necessidade urgente de reorganização do sistema de saúde com foco nas necessidades do usuário, conformando serviços integrados,

definidos por análise do perfil epidemiológico. Além disso, há que se considerar a transição epidemiológica ocorrida nas últimas décadas no Brasil (Bousquat *et al.*, 2017).

### 3.3 CONSÓRCIOS PÚBLICOS: UMA POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO CONJUNTA

No Brasil, como forma de enfrentar as dificuldades advindas do processo de descentralização induzida pelo movimento municipalista, foram gerados esforços ratificados em normativas com vistas a consolidar a regionalização das políticas de saúde (Carvalho; Jesus; Senra, 2017). Neste sentido, foram sendo implementados instrumentos e instâncias, tais quais: a organização das CIR, a criação das regiões de saúde, o estabelecimento da PPI e dos contratos organizativos de ação pública (Mendonça; Andrade, 2018). Como também, foram acontecendo diferentes conformações de cooperação intergovernamental, para a produção compartilhada de ações e serviços de saúde (Machado; Andrade, 2014).

Nesse contexto, a conformação de consórcios intermunicipais de saúde (CIS) representou uma possibilidade para organização regional das demandas e dos serviços, como um mecanismo de cooperação intergovernamental, constituídos pela união entre entes federados (Machado; Andrade, 2014), que têm como objetivo produzir soluções de problemas que ultrapassam os limites territoriais de cada ente, sendo um espaço de gestão associada (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013). Deslocando o centro da administração direta e centralizada do setor público, buscando prover a oferta de serviços de acordo com a demanda, estando alinhado às propostas de regionalização (Mendonça; Andrade, 2018). Conquanto, em região de saúde do Rio Grande do Sul, com conformação de CIS, para oferta de serviços de atenção especializada, foi identificada cooperação intergovernamental, no entanto, sob diferentes formas de articulação política e técnica, e disparidade de recursos financeiros, interferindo na autonomia e organização regional, produzindo arranjos que interferem sobre a gestão compartilhada (Roese; Gerhardt; Miranda, 2015).

Os consórcios de saúde conformam-se como novas institucionalidades no setor público que se afastam do modelo típico da administração direta e que se alinham aos objetivos do SUS de regionalização e hierarquização da oferta de serviços (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013). Eles ajudam na construção de sistemas regionais pactuados, aproximando os serviços prestados à demanda existente; ademais, as coalizões feitas em torno dos consórcios têm, de modo geral, aumentado a cooperação entre os participantes (Rocha, 2016; Leal *et al.*, 2019).

Historicamente previstos nas diferentes constituições do Brasil, os consórcios públicos foram alterando suas características, sendo moldados gradativamente em acordo com os

diversos regimes políticos (Prates, 2010). No ano de 1937, foram previstos como contratos mediante aprovação do Governo do Estado; e, em 1937, como pessoas jurídicas de Direito Público, e, na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 241, passaram a ser efetivamente reconhecidos, possibilitando a atuação conjunta dos entes federados (Prates, 2010).

Sendo que, a partir da Lei Federal nº 11.107/2005, foram definidas as normas e disposições legais para a contratação de consórcios públicos, entre a União, os estados e os municípios, conformando a função de serem instâncias de cooperação para o alcance de objetivos comuns, disciplinado pelos princípios, diretrizes e normas do SUS, conforme apresentado em seu Artigo 1º (Brasil, 2005). Produzindo maior confiabilidade aos acordos firmados, entre os entes federados e suas representações legais (Strelec; Fonseca, 2011).

Os consórcios públicos podem ser constituídos, respeitando a lógica de participação voluntária e cooperativa, pela associação entre entes da mesma esfera federativa, ou seja, entre municípios, ou entre estados, configurando a cooperação horizontal; ou, em uma conformação vertical, entre entes de diferentes esferas: municípios e estado, estado e união, ou municípios, estado e união (Prates, 2010).

Diante de todo o contexto de dificuldades, a formação de CIS desponta como uma alternativa ao enfrentamento das dificuldades de acesso, especialmente aos serviços especializados em âmbito ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (Silva *et al.*, 2017). Sendo apresentados como instrumento de cooperação que pode reduzir insuficiências geradas no processo de regionalização, no tocante a oferta de consultas médicas de especialidades (Neves; Ribeiro, 2006; Leal *et al.*, 2019).

Neste sentido, os consórcios são importantes para o desenvolvimento regional, principalmente dos municípios pequenos, uma vez que oportunizam o planejamento estratégico conjunto (Henrichs; Mezza, 2017). Botti e Spineli (2013), em estudo sobre CIS no estado do Mato Grosso, avaliam que embora tenha ampliado o acesso a procedimentos de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, não foi suficiente para alcançar toda a demanda; nos quais fatores relativos à organização dos serviços, como ausência de referência e contrarreferência, e filas para consultas e procedimentos eletivos, constituem obstáculos que devem ser analisados e sanados.

Entendido como modelo com potencial de induzir a interação, articulação e integração na gestão e implantação de serviços, precisa estar associada a gerenciamento local e instrumentos de planejamento, para ultrapassar os limites impostos da lógica fragmentada e deslocada, e assegurar o acesso regionalizado (Cruz; Araújo; Batista, 2012). Neste sentido, estudo no estado do Paraná, evidência a influência das relações federativas para implantação e

expansão dos CIS, identificado a atuação conjunta do governo estadual e dos municípios, como fundamental para a organização e implementação, ainda que houvesse ações propositivas de atores externos (Rocha, 2016).

Ainda que em sua conformação não deva incorrer relação hierárquica de poder ou subordinação entre os entes consorciados; a cooperação estabelecida por meio dos consórcios públicos é moldada pelo interesse singular de diferentes atores, na busca pelo alcance de seus objetivos, no entanto, ao consórcio de saúde, é dado legitimidade, de prover mediação e intervenção para fortalecer os interesses regionais (Gerigk; Pessali, 2014). Sendo constituído por direitos e deveres recíprocos entre os participantes, com personalidade jurídica, mediante autorização legislativa e vínculo contratual estabelecido (Cruz; Araújo; Batista, 2012).

A conformação de consórcios verticais com participação do estado e dos municípios numa mesma região, adotado pelo estado do Ceará, como estratégia para estruturação de redes regionalizadas, sendo escolhido como modelo de gestão para serviços de saúde, possibilitando a implantação e gerenciamento de Policlínicas e Centro de Especialidades Odontológicas (Julião; Olivieri, 2020). Almeida e Giovanella (2019) ao analisar a organização da atenção especializada do SUS em região de saúde no estado do Ceará, identifica o consorciamento público, no formato vertical, como instrumento eficaz e responsável pela estruturação e oferta de atenção especializada.

Vista como um “ponto de estrangulamento”, o vazio assistencial identificado na atenção especializada do estado da Bahia, seja no apoio diagnóstico por imagem e laboratorial, ou no atendimento clínico especializado, sendo apontado como elemento que vem fragilizando a interface do cuidado entre a APS, a atenção secundária e terciária, e conseqüentemente comprometendo o diagnóstico, a qualidade do cuidado e o tratamento (Bahia, 2017).

A partir do modelo criado no estado do Ceará (Vasconcelos, 2020) e, normatizados a partir do arcabouço jurídico da legislação Federal, a participação da Bahia nos CIS, encontra amparo legal, nos termos da Lei Federal nº 11.107 de 5 de abril de 2005, sendo disciplinada pela Lei Estadual nº 13.374, de 22 de setembro de 2015 (Bahia, 2015).

Desse modo, o Plano Plurianual (PPA), quadriênio 2016-2019, prioriza em seu compromisso 3, ações de organização das Redes de Atenção à Saúde, estabelecendo a efetivação dos CIS, com a construção e aparelhamento de 28 policlínicas regionais, até 2019 (Bahia, 2016).

Implantadas na Bahia, em 2017, as Policlínicas Regionais de Saúde, conformadas a partir do consorciamento entre municípios e estado, sendo esta a condição necessária a implantação destes equipamentos nas regiões de saúde, prevê a oferta de procedimentos de

média e alta complexidade, consultas em diversas especialidades, exames de imagem, serviços de apoio ao diagnóstico e pequenas cirurgias (Bahia, 2016).

## 4 CAMINHO DA PESQUISA

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

Segundo Minayo (2010), é essencial dispor de cautela para a escolha da metodologia a ser utilizada, pois, esta representa o elo entre o referencial teórico de embasamento e os objetivos do estudo, o que acontece por meio da descrição de técnicas e procedimentos utilizados. Assim, “um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria” (Minayo; Sanches, 1993, p.239).

Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, tendo como campo de investigação a região de saúde de Feira de Santana, Bahia.

De acordo com Yin (2005, p. 32), o estudo de caso “é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Os estudos de caso não buscam a generalização de seus resultados, mas embora não possam ser generalizados, os resultados obtidos devem possibilitar a disseminação do conhecimento, por meio de possíveis proposições teóricas que podem surgir do estudo (YIN, 2005). O aspecto diferenciador do estudo de caso “reside em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações” (YIN, 2005, p. 27).

A pesquisa qualitativa busca um entendimento mais profundo dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, procurando compreender a lógica de instituições e atores, num universo de valores e representações sobre processos históricos e sociais de políticas públicas, como também as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais (Minayo, 2001).

A amostragem, em pesquisa qualitativa, pode ser composta intencionalmente e o pesquisador pode definir o local, os participantes e/ou documentos que melhor podem ajudar a entender a questão de pesquisa, independentemente do tamanho da amostragem (Creswell, 2010). A seleção dos elementos da amostragem implica na preocupação de que esta contenha e espelhe dimensões do contexto (Minayo, 2010).

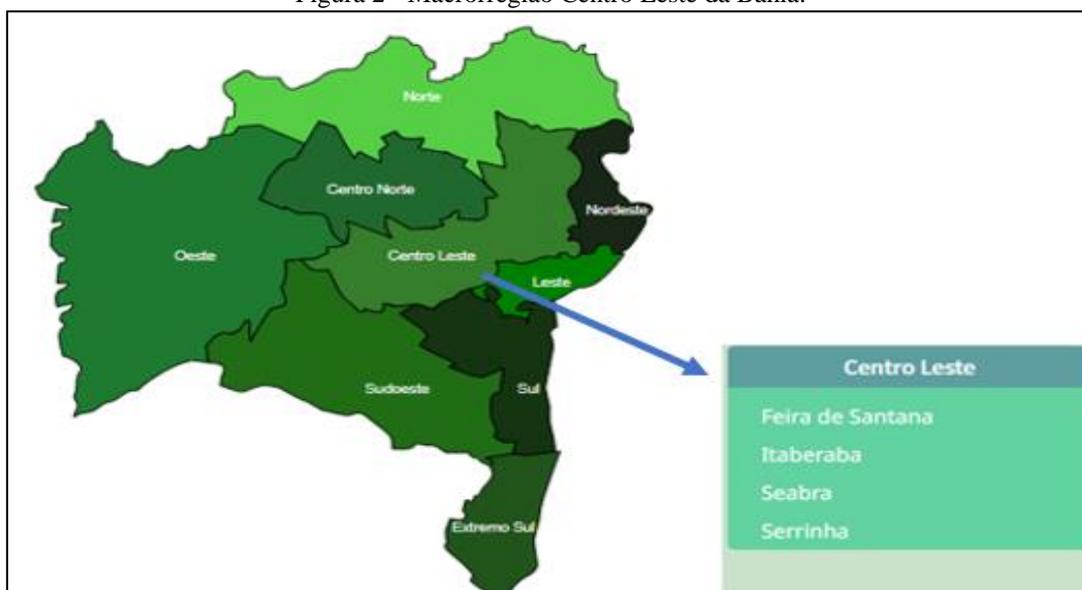
Para a presente pesquisa, embasados no entendimento de que a abordagem utilizada permitiu investigar a governança e conformação da organização e oferta para o acesso aos serviços de atenção especializada na região de saúde, considerando os diferentes atores em seus contextos, optamos pelo estudo qualitativo.

## 4.2 CAMPO DE ESTUDO

### 4.2.1 A região de saúde de Feira de Santana

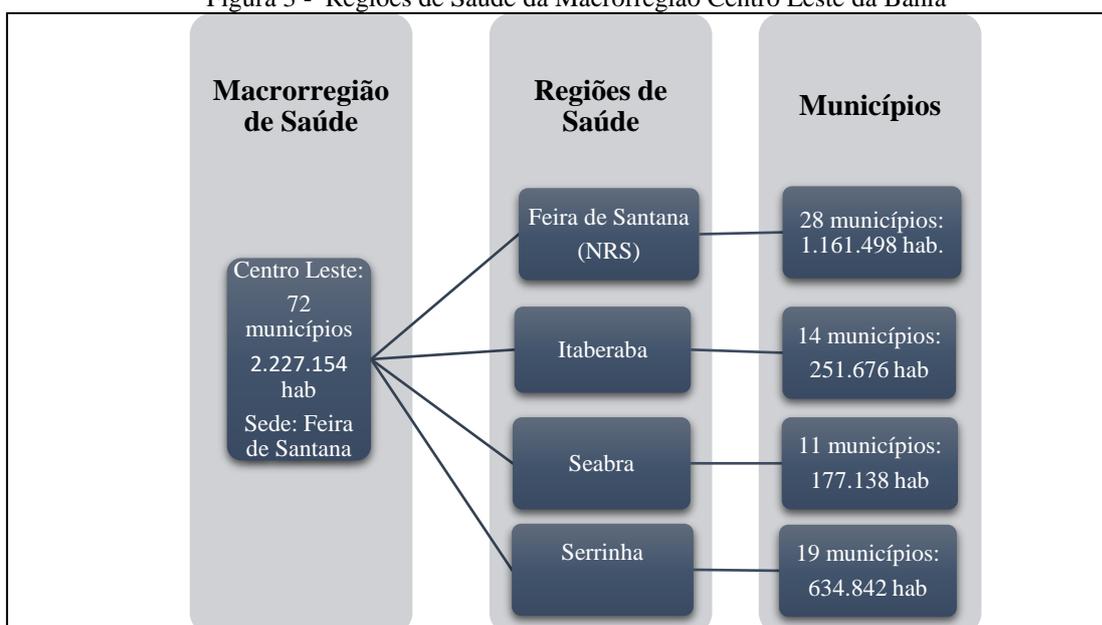
A macrorregião centro leste (Figura 2), formada por 72 municípios, com população aproximada de 2.227.154 habitantes, correspondendo a 15% da população do estado da Bahia, em extensão territorial de 69.846,341 km<sup>2</sup>; e subdivide-se em 4 regiões de saúde: Itaberaba, Seabra, Serrinha e Feira de Santana (Figura 3), (Observatório Baiano de Regionalização, 2022d).

Figura 2 - Macrorregião Centro Leste da Bahia.



Fonte: Bahia, 2022d.

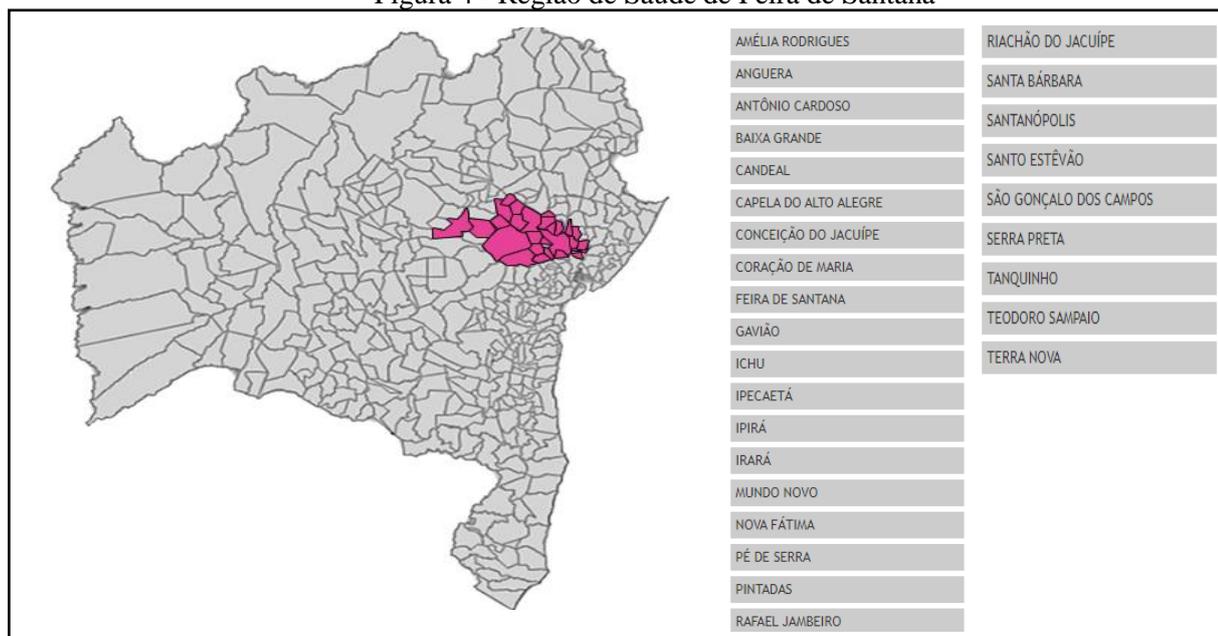
Figura 3 - Regiões de Saúde da Macrorregião Centro Leste da Bahia



Fonte: Bahia, 2021.

A região de saúde de Feira de Santana abrange 28 municípios (Figura 4), com uma população de 1.156.305 habitantes, o que representa 51,08% de percentual populacional de toda a macrorregião, em uma extensão territorial de 16.589,426. Nesta região, está localizada a sede do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste, no município de Feira de Santana (Observatório Baiano de Regionalização, 2022d).

Figura 4 - Região de Saúde de Feira de Santana



Fonte: Bahia, 2022d

Os 28 municípios possuem distintas características sociodemográficas (Quadro 1), econômicas e de oferta de serviços de saúde. Sendo que Feira de Santana, destaca-se por ser o 2º município mais populoso do estado da Bahia, sendo o polo econômico e referência para os serviços de média e alta densidade tecnológica para toda a macrorregião.

No que concerne a gestão dos recursos federais, do teto financeiro da assistência de Média e Alta Complexidade (MAC), na região de saúde de Feira de Santana, no ano de 2021, oito municípios estavam sob comando único, sendo os recursos financeiros, pactuados na PPI disponibilizados no Fundo Municipal de Saúde, estabelecendo os mesmos como responsáveis por contratualizar e ofertar as ações e serviços de saúde em seu território; o estado desta forma ainda contém os tetos financeiros de 21 municípios (Quadro 1) (Observatório Baiano de Regionalização, 2022e).

Quadro 1 - Características dos municípios da Região de Saúde de Feira de Santana

Município	População 2010 *	População estimada 2021*	IDHM (2010) *	Tipologia IBGE **	Tipo de Gestão ***
-----------	------------------	--------------------------	---------------	-------------------	--------------------

<b>ESTRATO I (até 5 000 habitantes)</b>					
Gavião	4.561	4.417	0,59	Rural Adjacente	GE
<b>ESTRATO II (de 5 001 a 10 000 habitantes)</b>					
Candeal	8.895	8.109	0,58	Rural Adjacente	GE
Ichu	5.255	6.232	0,63	Rural Adjacente	GE
<b>Nova Fátima</b>	7.602	7.830	0,59	Rural Adjacente	GE
Santanópolis	8.776	8.987	0,59	Rural Adjacente	GE
Tanquinho	8.008	7.936	0,59	Rural Adjacente	GE
Teodoro Sampaio	7.895	7.296	0,59	Rural Adjacente	GE
<b>ESTRATO III (de 10 001 a 20 000 habitantes)</b>					
<b>Anguera</b>	10.242	11.369	0,58	Rural Adjacente	GE
Antônio Cardoso	11.554	11.670	0,56	Rural Adjacente	GE
Capela do Alto Alegre	11.527	11.597	0,59	Rural Adjacente	GM
<b>Ipecaetá</b>	15.331	14.229	0,55	Rural Adjacente	GE
Pé de Serra	13.752	13.535	0,58	Rural Adjacente	GE
Pintadas	10.342	10.353	0,61	Rural Adjacente	GE
Santa Bárbara	19.064	20.971	0,58	Rural Adjacente	GM
Serra Preta	15.401	14.531	0,56	Rural Adjacente	GE
Terra Nova	12.803	13.08	0,57	Rural Adjacente	GE
<b>ESTRATO IV (de 20 001 a 50 000 habitantes)</b>					
Amélia Rodrigues	25.190	24.997	0,66	Intermediário Adjacente	GE
Baixa Grande	20.060	20.431	0,58	Rural Adjacente	GE
Coração de Maria	22.401	22.391	0,59	Rural Adjacente	GE
Rafael Jambeiro	22.874	22.643	0,56	Rural Adjacente	GE
Conceição do Jacuípe	30.123	33.631	0,66	Urbano	GM
Irará	27.466	29.305	0,62	Rural Adjacente	GM
<b>Mundo Novo</b>	24.395	27.153	0,59	Rural Adjacente	GM
Riachão do Jacuípe	33.172	33.498	0,62	Intermediário Adjacente	GE
<b>São Gonçalo dos Campos</b>	33.283	38.315	0,62	Intermediário Adjacente	GE
<b>ESTRATO V (de 50 001 a 100 000 habitantes)</b>					
<b>Ipirá</b>	59.343	59.281	0,54	Intermediário Adjacente	GM
<b>Santo Estevão</b>	47.880	53.66	0,62	Intermediário Adjacente	GM
<b>ESTRATO VI (100 001 a 500 000 habitantes)</b>					
Não há município que se enquadram neste extrato					
<b>ESTRATO VII (maior que 500.000)</b>					
Feira de Santana	556.642	624.107	0,71	Urbano	GM

Fonte: \*<https://cidades.ibge.gov.br/>

\*\* <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

\*\*\* <https://obr.saude.ba.gov.br/ppi/comandoUnico>

Para compor a amostragem, foram selecionados municípios, que possibilitassem qualitativamente, representar os distintos aspectos socioeconômicos da região de saúde eleita: 1) municípios pertencentes a estratos populacionais diferentes, com distintos tipos de gestão e com diferentes tipologias do IBGE (Nova Fátima, Anguera e Santo Estevão). 2) o município

com maior população na região (Ipirá, excluindo-se a sede); 3) o município mais próximo do polo da região de saúde (Quadro 2) (São Gonçalo dos Campos) e o mais distante (Quadro 2) (Mundo Novo); 4) o município com pior IDHM (Ipecaetá).

Quadro 2 - Distância e tempo entre Feira de Santana e os municípios da Região de Saúde, 2023

Município	Distância Km	Tempo
Amélia Rodrigues	38 km	46 minutos
<b>Anguera</b>	<b>39,5 km</b>	<b>39 minutos</b>
Antônio Cardoso	31,3 km	34 minutos
Baixa Grande	145,9 km	1h, 52 minutos
Candeal	59,7 km	1h, 09 minutos
Capela do Alto Alegre	139,7 km	2h, 26 minutos
Conceição do Jacuípe	27,5 km	34 minutos
Coração de Maria	39,5 km	46 minutos
Gavião	125,9 km	2h, 2 minutos
Ichú	70 km	1h, 19 minutos
<b>Ipecaetá</b>	<b>48,3 km</b>	<b>59 minutos</b>
<b>Ipirá</b>	<b>94,2 km</b>	<b>1h, 18 minutos</b>
Irará	49,3 km	1h, 4 minutos
<b>Mundo Novo</b>	<b>186,8 km</b>	<b>2h, 29 minutos</b>
<b>Nova Fátima</b>	<b>111,7 km</b>	<b>1h, 54 minutos</b>
Pé de Serra	104,2 km	1h, 50 minutos
Pintadas	141,7 km	1h, 51 minutos
Rafael Jambeiro	94,8 km	1h, 35 minutos
Riachão do Jacuípe	77,1 km	1h, 27 minutos
Santa Bárbara	38,9 km	59 minutos
Santanópolis	36 km	50 minutos
<b>Santo Estevão</b>	<b>39,4 km</b>	<b>50 minutos</b>
<b>São Gonçalo dos Campos</b>	<b>21,2 km</b>	<b>37 minutos</b>
Serra Preta	53,3 km	47 minutos
Tanquinho	44,2 km	1 h
Teodoro Sampaio	51,4 km	47 minutos
Terra Nova	60,6 km	54 minutos

Fonte: IBGE/Plataforma geográfica interativa, 2022.

Para uma primeira aproximação para realização da pesquisa e coleta de dados, junto aos gestores da região de saúde de Feira de Santana, o projeto foi apresentado em reunião da CIR, em 02 de maio de 2022, com informações acerca dos objetivos e forma de coleta de dados, conferindo anuência para sua realização nos municípios da região de saúde. Cabe registrar que esta reunião contou com quórum regimental, e registrado em ata (Anexo 1) sendo firmado o compromisso de retorno a esta instância, através de apresentação da pesquisa após conclusão do trabalho.

#### 4.2.2 A Policlínica regional de Saúde de Feira de Santana

O equipamento que integrou esse estudo, está implantado na região de saúde de Feira de Santana, tendo o acesso aos serviços ofertados regulados por 28 municípios consorciados, sendo estes: Água Fria, Amélia Rodrigues, Anguera, Antônio Cardoso, Baixa Grande, Candéal, Capela do Alto Alegre, Conceição da Feira, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Feira de Santana, Gavião, Ichu, Ipecaetá, Ipirá, Irará, Nova Fátima, Pé de Serra, Pintadas, Rafael Jambeiro, Riachão do Jacuípe, Santa Bárbara, Santanópolis, Santo Estêvão, São Gonçalo dos Campos, Serra Preta, Tanquinho, Teodoro Sampaio, Terra Nova (Observatório Baiano de Regionalização, 2022f). Embora a implantação de policlínicas deva ocorrer por área de abrangência das 28 regiões de saúde, conforme PDR atual, observa-se que dois municípios não compõem a região de Feira de Santana: Água Fria e Conceição da Feira (Bahia, 2021).

A distribuição dos serviços ofertados na Policlínica ocorre por meio de cotas para cada município consorciado, distribuídas conforme porte populacional de cada município, ressalta-se que, quanto maior o município, maior o quantitativo de vagas disponibilizadas. Quanto a contribuição financeira, quanto maior o quantitativo populacional do município, maior o valor da contribuição, para manutenção da policlínica. Desta forma, tanto a distribuição de vagas quanto o aporte financeiro é calculado de forma per capita (Bahia, 2017).

O atendimento na Policlínica se classifica como porta fechada, uma vez que é necessário agendamento prévio para garantir o acesso, o qual é realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde de cada município consorciado, agente regulador e que realiza a gestão da demanda (Bahia, 2017).

Mediante os processos de Regulação são estabelecidos instrumentos e mecanismos para organização, controle, e gerenciamento do acesso aos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (Brasil, 2017). A exemplo do Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), criado pelo estado da Bahia, para o uso exclusivo de agendamento e atendimento nas Policlínicas Regionais. Trata-se de um sistema composto por seis módulos operacionais: ambulatório; cadastro integrado, caminhos do cuidar; captação de produção, comunicação digital e transporte de usuário. Assim neste sistema é viabilizado, desde a disponibilização das vagas para agendamento, marcação da consulta/exame, até o registro do atendimento do paciente em prontuário clínico (Bahia, 2017).

Sendo que o módulo ambulatório é um espaço para que o município agende o usuário para atendimento, e os módulos de transporte de usuário onde é realizado o agendamento no transporte, são de uso exclusivo dos municípios, sendo impossibilitado à gestão ou aos profissionais da Policlínica de realizarem qualquer tipo de alteração. Reforçando assim que as vagas são especificamente dos municípios consorciados e a importância da atuação da

regulação municipal em conformidade com as diretrizes de acesso e encaminhamento (Bahia, 2017). Quanto a oferta de serviços a unidade trabalha sob o contrato de programa do nível 6 (Anexo 2).

Quanto a gestão da Policlínica Regional de Saúde, foi concedida autorização pela diretora-geral (Anexo 3), como também do coordenador técnico do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste (Anexo 4), para realização deste projeto de pesquisa.

#### 4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção diversificada dos sujeitos participantes da pesquisa pode contribuir significativamente com o estudo, por traduzirem importantes pontos de vista e diferentes conhecimentos de aspectos expressivos do objeto e dos objetivos da pesquisa. (Chaves; Camelo, 2017)

A regionalização da saúde envolve uma pluralidade de sujeitos que ocupam os espaços de gestão, com seus mais variados graus de governabilidade e de conhecimento técnico (Santos, 2013). Essa perspectiva fundamenta a participação de gestores municipais e regionais nesta pesquisa.

Para participação, foram utilizados critérios de elegibilidade, conformando quatro grupos distintos (Quadro 3), intencionalmente definidos pela especificidade dos lugares que ocupam na gestão, com percepção, inferência e possível conhecimento sobre o objeto de estudo. Sendo delimitados, os seguintes grupos e participantes:

**Grupo 1 – Gestor municipal (GM):** secretário/a municipal de saúde, instituídos no cargo ou ex-secretários/as, e/ou técnicos das SMS com atuação no gerenciamento da atenção especializada, dos municípios selecionados.

**Grupo II - Gestor Estadual (GE):** representante da Policlínica, com atuação no gerenciamento do serviço; representante da SESAB com atuação na área de coordenação do planejamento regional; e, assessores ou técnicos da Policlínica Regional de Saúde, que atuam no gerenciamento do SIGES.

**Grupo III – Gestores regionais (GR):** representante do estado com atuação em instância regional (Núcleo Regional de Saúde Centro Leste) e no Conselho Consultivo de Apoio à Gestão do Consórcio Público Interfederativo de Saúde Portal do Sertão; e, representante da equipe gestora do CIS Portal do Sertão.

**Grupo IV – Técnicos Reguladores (TR):** profissionais que atuam nas Centrais de Marcação ou de Regulação de Consultas, vinculados ao Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES) dos municípios selecionados.

Quadro 3 - Representações dos sujeitos

Representações dos sujeitos	Grupo
Gestores municipal	I
Gestores estaduais: representantes da policlínica regional em Feira de Santana	II
Gestores estaduais: área de planejamento SESAB/APG/COPRI	II
Gestores regionais: NRS Centro Leste	III
Gestores regionais CIR	III
Gestores regionais Gestão do CIS Portal do Sertão	III
Técnicos Reguladores Municipais	IV

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Este estudo, partiu da correlação das diferentes percepções e entendimentos dos participantes sobre o objeto de estudo, buscando aproximar-se da realidade estudada.

#### 4.4 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DE DADOS

##### 4.4.1 Entrevistas semiestruturadas

Houve intencionalidade na escolha do caso, mediante: importância de Feira de Santana, enquanto segundo maior município da Bahia; oportunidade e viabilidade acadêmica, em decorrência de proximidade com uma universidade estadual (viabilidade e oportunidade); tratar-se de uma região de saúde composta por municípios de distintos portes populacionais e há diversidade de distâncias para acesso aos serviços especializados.

Além disso, os parâmetros de implantação dos Consórcios Interfederativos de Saúde seguem a mesma lógica nos diferentes territórios do estado, permitindo que um caso seja, a grosso modo, uma aproximação dos demais; os dados socioeconômicos sinalizam uma região com importantes indicadores de desigualdade e vulnerabilidade. Neste sentido, o Consórcio Interfederativo de Saúde Portal do Sertão, contém as características essenciais do universo pretendido e seus resultados permitem uma compreensão aproximada dos demais casos do estado, bem como, agregam elementos representativos dos fenômenos regionais passíveis de transferibilidade (Martínez-salgado, 2021) em outros cenários nacionais.

Como técnica de produção de dados foram utilizados roteiros para entrevista semiestruturada, pois “permite aos participantes abordar livremente o tema proposto” (Minayo,

2002, p. 58), sem o direcionamento de respostas ou condições pré-definidas pelo pesquisador (Minayo, 1996). Flexibilizando os questionamentos e permitindo uma maior liberdade de respostas numa abordagem leve e dialogada (Amado; Ferreira, 2013).

A entrevista semiestruturada, técnica escolhida, com roteiros previamente definidos (Apêndices A; B; C; D) para cada grupo, foi realizada com os participantes da pesquisa (grupos I, II, III e IV). A amostragem de entrevistados definida para este estudo seguiu na perspectiva de diversidade de experiências e informações que permitam responder os objetivos elencados numa aproximação com a saturação de dados empíricos (Quadro 4). Diante da perspectiva qualitativa, sujeitos-chave não previstos foram incorporados ao estudo para enriquecer o conjunto de informações e garantir maior proximidade com o fenômeno investigado.

Quadro 4: Sujeitos entrevistados

<b>Representações dos sujeitos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Grupo</b>
Gestores municipal	07	I
Gestores estaduais	03	II
Gestores regionais:	03	III
Técnicos Reguladores Municipais	05	IV
Total	18	G e TR

Fonte: Elaboração própria, 2023

Mediante autorização dos participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), adequado a compreensão dos sujeitos da pesquisa, e apresentados nos Apêndices E e F; as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Todos os sujeitos foram identificados por códigos com objetivo de garantir o anonimato.

O local da entrevista foi estabelecido previamente, a partir de diálogo com os entrevistados, de forma a atender as especificidades quanto à adequação do espaço (evitando lugares que poderiam influenciar na capacidade de exposição de falas e argumentos, devido às relações de poder dentro do serviço), acessibilidade, conforto, com proteção de ruídos e interrupções.

Neste estudo, foi utilizada a amostragem por saturação, sendo uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, permitindo delimitar o tamanho final da amostra em estudo, quando for identificada pelo pesquisador, uma certa redundância ou repetição, interrompendo a captação de novos componentes, pois, já não inferem novas contribuições que possam acrescentar à pesquisa (Fontanella; Luchesi, 2011).

#### **4.4.2 Registro Documental**

Para este estudo foram utilizados documentos institucionais (Quadro 5) que possibilitaram a compreensão do objeto desta pesquisa. Registros de dados do Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), relatórios de gestão disponibilizados pela gestão da Policlínica Regional e documentos normativos que regulamentam os CIS foram selecionados e inseridos para complementação de dados. Ademais, o Plano Diretor Regional e o Plano Estadual de Saúde vigentes, além de atas da CIR, também, foram documentos selecionados para enriquecimento da análise.

Quadro 5 - Documentos selecionados para a pesquisa

Documento	Instância	Período
Plano Estadual de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2012-2015 2016-2019 2020-2023
Plano Diretor Regional	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2021
Contrato de Rateio sede do CIS	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2021
Estatuto do CIS Portal do Sertão	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2020
Protocolo de Intenções	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2017 a 2020
Contrato de rateio - Policlínica	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2018 a 2020
Relatório de gestão	Policlínica Regional de Saúde	Maior de 2023
Atas da CIR	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	Ano 2016 Ano 2017 Ano 2022 Ano 2023
Manual de Acesso a Policlínica	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2017

Fonte: Elaboração própria, 2022.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados empíricos seguiu a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2014), por meio da qual foi realizada a ordenação dos dados, que consiste no primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento envolve a transcrição dos arquivos de áudio, que corresponderam às entrevistas. Em seguida, procedeu-se a leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas (Minayo, 2014).

No segundo momento, foi realizada a classificação do material coletado, etapa em que as transcrições foram lidas exaustivamente, os trechos com as estruturas relevantes, ideias

centrais e núcleos de sentido foram selecionadas, agrupadas e classificadas (Quadro 6). Além disso, houve a constituição de corpus de comunicação, visto que o conjunto das informações não foi homogêneo, ou seja, emergiu de diferentes grupos de representação de sujeitos, identificando as convergências e as divergências (Minayo, 2014).

Quadro 6 - Categorias e núcleos temáticos

<b>Categoria temática</b>	<b>Núcleos temáticos</b>
Governança regional	Papel da SESAB e NRS
	Planejamento regional
	Papel dos municípios
	Financiamento regional
	Papel do executivo municipal
	Papel da CIR
	PPI regional
	Consórcio intermunicipal
Acesso aos serviços especializados na região	Principais prestadores no SUS
	Vazios assistenciais na região
	Relação público-privada na oferta
	Referência e contrarreferência entre serviços regionais
Policlínica regional	Mecanismo de marcação e regulação assistencial na policlínica
	Forma de marcação e regulação no município – cotas, referência e contrarreferência
	Prontuários eletrônicos, protocolos, entre outros
	Integração com a APS
	Meio de deslocamento à Policlínica/ transporte sanitário
	Atração e fixação de profissionais. Vínculo empregatício. Carga horária.
	Cardápio e oferta de vagas
	Principais avanços
	Principais dificuldades/desafios

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para análise final dos dados, foi feito o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, com os documentos, por meio da avaliação por triangulação de dados (Minayo, 2014), a fim de responder às perguntas de investigação, buscando articular a perspectiva de gestores/gerentes de saúde e técnicos reguladores.

A análise dos dados teve como referência parte dos elementos constitutivos essenciais e componentes das Redes de Atenção à Saúde para gestão do cuidado na atenção especializada, proposta por Mendes (2011) e, ainda, a partir de dimensões de análise interligadas, inspirados no estudo de Abrucio *et al.* (2013).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atende as recomendações da Resolução CNS 466/2012 (Brasil, 2012), que trata dos aspectos éticos dos estudos no campo da saúde, apresenta as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, incorpora os princípios da autonomia,

beneficência e não maleficência, e de justiça. Seguiu as normas estabelecidas na Resolução 510/2016 (Brasil, 2016), que envolvem as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos utilizam dados diretamente obtidos com participantes ou informações.

A autorização para participação na pesquisa foi obtida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurada a não identificação dos participantes.

Para realização da pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, aprovada com número de parecer 5.556.016 (Anexo 5). Assim, a produção de dados foi iniciada em setembro de 2022 e concluída em maio de 2023.

## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão aqui apresentados conforme as três categorias temáticas definidas para a análise: 1) Governança Regional; 2) Acesso aos serviços especializados; 3) Policlínica Regional. Cada categoria foi organizada considerando os seus respectivos núcleos temáticos.

### **Categoria 1 - Governança Regional**

Segundo oito informantes-chave, o estado, por meio da SESAB, tem papel importante no processo de regionalização, sendo destacada sua atuação enquanto regulador, articulador, mediador, pelo caráter participativo na condução das políticas públicas de saúde e pelo aporte de investimento para fortalecimento regional. De acordo com o informante GM2, apesar do estado ser um ator importante na regionalização, são identificadas fragilidades no sentido de provisão de trabalhadores da saúde, dada a inexistência de concursos para contratação de novos técnicos. Por sua vez, o NRS Centro Leste, mesmo sendo reconhecido como extensão da SESAB no território, tem seu papel no processo de regionalização ainda pouco compreendido, ou mesmo definido.

Alguns entrevistados (GM7, GM2, GM5, GM6, GM4) reconhecem a atuação do NRS como o principal ente de apoio técnico aos municípios da região, dada a proximidade territorial, ou pelo fácil acesso aos técnicos para resolução de dúvidas e orientações técnicas no cotidiano. Ante essa atuação, o entrevistado GE1 descreve o NRS como a instância que assume a responsabilidade técnico-sanitária da região. Em contraponto, o entrevistado GR2 sinaliza a importância da atuação da SESAB, com o apoio do núcleo, ante a regionalização.

#### **Atuação do estado**

É o papel mesmo de apoiador, de incentivador, tem apoiado bastante; tenho encontrado em todos os técnicos, nos órgãos que a gente tem procurado as informações necessárias, o apoio para o desenvolvimento mesmo da região de saúde, dentro da condução do processo de regionalização de saúde (GM 4).

O estado [...] tem feito o seu papel, enquanto articulador, fomentador, para a gente construir essa rede e tem feito um papel muito importante, no sentido de articulador, de proponente, no sentido de estimular os municípios, de dar o suporte necessário para construção dessa rede, para a regionalização (GM1).

#### **Papel da SESAB e fragilidades de trabalhadores da saúde**

Vejo o estado extremamente importante. Apesar de muitas críticas por conta das fragilidades técnicas por falta de material humano. Que sabemos que o número de profissionais que ali está, foi ficando pouquinho. As pessoas vão se aposentando e o estado não vem qualificando novos profissionais, não abre concurso público [...], mas

inegavelmente o papel do estado é fundamental porque transmite segurança para os municípios (GM2).

#### **Papel do Núcleo e da SESAB**

[...] os núcleos regionais de saúde são nossas instâncias de desconcentração administrativa, ele é a autoridade sanitária do estado lá. É ele quem emite alvará, quem distribui os atestados de óbitos (GE1).

Acho que quem deve estar é a SESAB, com apoio do núcleo. [...]. A regionalização é política de governo, [...] passa a ser responsabilidade da SESAB. Lógico que o núcleo como a sua existência é para dar apoio aos municípios, junto às orientações da SESAB [...]. É um braço que está para dar esse apoio devido, mas seguindo a bússola da nave mãe que é a SESAB. [...]. Isso a SESAB tem que chamar para si e chamar os seus atores da SESAB, para estar discutindo e implementando essa questão (GR1).

#### **Núcleo e municípios**

[...] a gente está sempre entrando em contato, quando [...] precisamos, todos os técnicos têm em comum o apoio, todos estão sempre indo lá, fazendo contato [...], é só onde a gente tem realmente contato, [...] digamos não me sinto apoiada por outros locais, só consigo ter o apoio mesmo do núcleo que hoje é nossa única referência (GM 6).

Ao analisar os relatos dos gestores quanto a atuação da CIR, como espaço de governança, foram apontados por seis entrevistados (GM1, 2, 4, 5, 6 e 7): enfraquecimento na participação dos secretários; reuniões de cunho informativo por falta de quórum; fragilidades na compreensão da potência deste espaço colegiado; pautas que não emergem do território com discussões que não avançam no âmbito regional e, um certo grau de desinteresse por pautas regionais, ficando restrito a temas de cunho individual, que requerem aprovação para implantar serviço em âmbito municipal, ou pleitear recurso financeiro do ministério da saúde e/ou estado; por vezes funcionando em caráter cartorial. Sendo também apontado por dois entrevistados, uma ausência de conhecimento técnico por parte dos gestores para atuação no espaço que estão ocupando (GM1 e 2).

Ainda que algumas representações municipais tenham sido citadas como destaque na condução de discussões, não houve uma unanimidade que definisse um município de maior destaque na região. Cabe aqui, relatos sobre a representação municipal na coordenação da CIR, lembrada por três entrevistados, dado seu papel como incentivador de participação dos secretários em reunião da CIR (GM2,4,7).

Em relação à participação da gestão da policlínica e do consórcio nas reuniões da CIR, a presença da policlínica nessas reuniões fortalece a comunicação como os gestores municipais, por meio de pautas esclarecedoras sobre necessidades do serviço, orientações técnicas, relatórios de produção ou informes gerais, ponto este trazido por seis participantes da gestão municipal e por dois participantes da gestão estadual. (GM1, 2, 4, 5, 6, 7; GR1 e GE3). Por sua vez, não foram relatadas a participação do CIS nesse espaço colegiado.

### **A CIR como espaço de governança e a atuação dos gestores**

[...] vejo que a nossa CIR tem muito gestor enfraquecido. Que não tem consciência da importância que é esse espaço colegiado. [...] fico analisando, observando o comportamento das pessoas quando vem à tona [...] me permita falar dessa última reunião [...] falei assim em relação à região [...] a gestora do município estava presente. E ela poderia trazer os esclarecimentos, mas não trouxe. Por que não trouxe? Porque ela não conhece. E aí, a gente não avança. Muitas vezes, a CIR não avança por conta disso, porque os gestores querem só marcar presença, para receber o certificado, o atestado de comparecimento ou querem aprovar a demanda que encaminharam e só. Vejo com preocupação a falta de quórum, algo que merece uma reflexão severa [...] eu pontuei isso para o COSEMS, [...] me preocupa essa fragilidade do comportamento dos gestores que não aproveitam, e a gente não cresce, porque isolado a gente não consegue (GM2).

Tenho sentido sobretudo nestes últimos anos, de 2021 para cá, tenho sentido muita fragilidade na participação e das reuniões, fragilidade do entendimento do que é uma região, uma reunião de CIR, no entendimento de qual o nosso papel naquela reunião. Acredito que isso tem ficado um pouco fragilizado pela ausência mesmo dos municípios. Porque é o gestor do município que tem a voz. Tenho percebido que tem gestores que tem encaminhado um técnico e isso não tem direito a voto, então isso também demonstra que não está sabendo o que é uma reunião de CIR (GM4).

### **Participação da gestão da policlínica em reunião de CIR**

Aproveito as reuniões de CIR para reunir com os secretários de saúde, porque entendo a dificuldade de deslocamento dos secretários. Então, quando tem a reunião de CIR, já aproveito esse momento [...], para poder ter alguma discussão, apresentar algum tipo de meta para eles, algum ponto que a gente precise trabalhar. Entendo a CIR como uma ajuda à gestão [...]. A gente consegue trabalhar pontos [...]. Eles me ajudam muito, nas solicitações de equipamentos, de profissionais. Acho que a CIR é um ponto de apoio (GE3).

Ainda que seja identificado por seis entrevistados (GM1, 2, 3, 4, 6 e 7) um papel estratégico do COSEMS na construção do processo de regionalização junto aos municípios, os mesmos gestores reconhecem a importância da atuação dos apoiadores regionais e os descrevem como atores que dão suporte aos secretários municipais de saúde em suas demandas cotidianas. Para dois entrevistados (GM5 e GR1), contudo, ainda é pouco perceptível a atuação em âmbito regional para fomentar discussões e tomada de decisões. No entanto, para o ente estadual, o entrevistado GE1 define os apoiadores do COSEMS como atores necessários nos processos de negociação e articulação regional.

### **Atuação do apoiador COSEMS**

O COSEMS sempre passa muitas informações, mas o nosso contato mais direto/frequente é com o núcleo [NRS] (GM3).

O COSEMS contrata apoiadores. Os apoiadores do COSEMS têm salários em níveis de direção da SESAB, e estão na região para apoiar os municípios. Eles têm um papel importante, de apoiar os municípios e subsidiar as negociações (GE1).

O COSEMS nos apoia, procura fortalecer a região quando está ali o tempo todo com os gestores, incentivando e informando os gestores. Isso tudo é um jeito de apoiar a região de saúde (GM 4).

Ante os relatos, quanto a definição de um ente que procura dar um maior foco na condução da regionalização, seja SESAB, NRS, COSEMS ou algum município da região, cinco entrevistados (GM2, GM3, GM5, GM6, GM7) destacam que cada um tem seu papel de representatividade e condução; conquanto três entrevistados destacam a atuação do estado (GE1, GM1 e GM 4).

**Ente com maior destaque na regionalização**

É sobretudo o estado, porque ele trabalha mesmo de forma regionalizada, [...] Entre regiões de saúde, acredito que o estado (GM4).

Quando a gente fala da regionalização, a gente fala de especificidades. O estado tem uma visão macro, o COSEMS tem uma visão macro, mas é uma visão macro, diferenciada, porquê? Porque ele é passional. Enquanto a gente espera que o estado ou busca-se que o estado, ele seja imparcial, o COSEMS não é. Ele é municipalista, ele diz assim, somos todos COSEMS e nesse processo de regionalização, os municípios e tal. Então, vejo que todos são importantes. É o conjunto deles que faz com que o processo de regionalização aconteça [...] (GM2).

Não gosto de misturar muito a questão institucional. O Cosems está para defender os interesses do município, dentro do território municipal. [...] a regionalização é política de governo [...] (GR1).

[...] não consigo observar um município que se destaque na questão de construção e de interesse, o interesse é de todos, é algo que é por construção, nem todo mundo domina e acredito que depende muito do nível central e do núcleo, a condução da regionalização do estado (GR1).

Em relação ao planejamento regional, o estado é apontado por quatro entrevistados (GM 1 e 2, GE1 e GR1) como o ente fundamental na coordenação do processo de planejamento regional. Para tanto, foi lembrado o momento de elaboração do Planejamento Regional Integrado, como um movimento que procurou envolver toda a macrorregião de saúde. Um participante da gestão estadual (GE1) espera que com o PRI, incorra em avanços em direção a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. Ao mesmo tempo, três gestores (GM1, 2 e 5) apontam o estado como ente fundamental no processo, no qual há expectativa de que se responsabilize por desencadear e desenvolver as ações de planejamento no território. Por sua vez, embora tais gestores, apontem dificuldades na oferta de ações e serviços na atenção especializada e hospitalar, não identificam ações ou proposições dos atores regionais, no sentido de um planejamento ascendente, partindo do território regional. Tal percepção é compartilhada por um gestor estadual (GE1).

**Planejamento regional**

Agora o planejamento regional é programático e assistencial. Ele tem que nascer no território [...] com todos participando. [...] O estado coordena. [...] E é óbvio que o estado tem o seu planejamento estratégico, [...]. Estamos num esforço tremendo de devolver esse movimento de coordenar a região e fazer o PRI para a região. [...] com

o PRI, se espera que se avance para a chamada PEGAS, que é a programação geral de ações de serviços (GE1).

A gente tem problema de glaucoma, a gente tem várias situações que têm que ser discutidas, e isso o PRI, que é o Planejamento Regional Integrado, precisa sinalizar esses vazios assistenciais, a deficiência na assistência para que a gente possa avançar (GM1).

Então, assim, se a gente fosse olhar para região de saúde, ela ainda não é fortalecida porque vai para outras. Exatamente, o paciente vai para outros lugares, é distante, tem um desgaste, [...] (GM5).

As falas de três gestores municipais (GM1, 2 e 6) e de um gestor estadual (GE1) retratam a baixa autonomia dos secretários municipais de saúde na relação com o chefe do executivo municipal. Além disso, apresentam uma fragilidade de conhecimento técnico sobre saúde, o que interfere negativamente na condução das políticas de saúde no âmbito municipal. Em contraponto, os demais entrevistados afirmam ter uma relação de parceria com o chefe do executivo. Por sua vez, é identificado que, o grau de autonomia destes secretários municipais de saúde e a correlação de forças político-partidárias são elementos que podem alavancar a saúde municipal.

[...] a história dos prefeitos [...], às vezes, a gente queixa que tem indicação de secretários de saúde que não tem nenhuma aproximação com o SUS, que não tem nenhum perfil de gestão, [...] por isso [...] temos que lidar com uma assimetria de conhecimento [...] e quando [...] vamos para um movimento na região [...] tem que considerar os secretários que são muito frágeis na gestão e secretários que são muito fortes, tem secretários que são pessoas que estão há anos na gestão [...] (GE1).

[...] o prefeito e a secretária têm um alinhamento muito grande. O prefeito e certamente a secretária, têm dado assim uma projeção grande, um destaque grande ao município, mesmo sendo um município pequeno. [...]. Então, aqui na região, vejo outro município que até pela correlação de política partidária que tem, é um município que [...] vai se destacar bastante, mas no momento, vejo que tem essa expansão, muitas vezes, mais teórica do que prática. Tinha uma expectativa [...] mas fiquei meio frustrada pela pouca autonomia do secretário (GM2).

Aqui o prefeito me escuta, conversamos, mas tem coisas que não dependem dele, o município é pequeno, não temos como avançar, em muitas coisas dependemos dos deputados (GM3).

Nas entrevistas, cinco gestores (GM1, 2, 3, 4 e 5) descrevem a PPI como um importante instrumento do processo de regionalização, conquanto o aporte financeiro disponibilizado pelo ente federal, uma tabela SUS e rol de procedimentos desatualizados, interferem em sua efetiva implementação e efetividade.

A questão da garantia de acesso da população aos serviços por meio da PPI é unanimidade entre os entrevistados do âmbito municipal, muito embora, apresentou-se com um grande número de problemas e conflitos, uma vez que os serviços referenciados não estão sendo

atendidos conforme o pactuado. Por sua vez, seis entrevistados (GM1, 2, 3, 4, 5 e 7) destacam maior dificuldade com o município sede da região de saúde, que recebe o maior aporte de recursos financeiros e de serviços pactuados, via PPI. Para os gestores, há inexistência de diálogo e reuniões técnicas, com o município sede, o que tem dificultado o controle, execução e monitoramento do que foi pactuado. Sobre a pactuação com o município sede, apenas um informante (GM6) considerou que sua população era atendida de forma satisfatória.

Então, a PPI está aí, tem defeitos, primeiro por conta do valor, “Se é inadequado isso é uma coisa que nacionalmente o SUS não ajustou, os parâmetros, os recursos, muito pelo contrário, os recursos cada vez ficam mais escassos”, segundo porque ela tem uma estrutura de procedimentos que hoje o SUS já avançou e que não está na PPI (GE1).

Em 2018, fizemos a revisão, conseguimos mexer só na questão de localidade, de alocar um recurso para poder fazer alguns exames em um local ou outro, mas não teve alteração de valor, então isso acaba que não mudou muito não. Então, a gente tem tentado garantir vagas, mas o município executor não consegue nos dar conta pela questão do valor. É uma experiência que a gente tem vivido e não é nada novo não. [...]. Dez reais não dão para pagar um neurocirurgião (GM4).

A PPI não garante o atendimento, uma vez que o município executor não tem efetivamente cumprido com o que é pactuado. Temos encaminhado ofícios e solicitado reunião com o secretário (GM3).

Bom, não sei do ano, [...], que a gente sentou com o município [sede da região] para falar de PPI, para falar de pactuação. Antigamente, tínhamos reuniões, o município prestava conta do que recebia. E então, não conseguimos mais fazer isso (GM1).

Hoje a realidade do município não é a mesma de quando foi feito todos os ajustes da PPI, a gente tem um município próximo, que não é da região como referência [...] nem tudo a gente consegue suprir lá, a gente tem uma vaga para o neuropediatra uma vez por semana, então existem coisas que já precisariam ser atualizadas, coisas que a gente já faz até no próprio município, mas a gente não consegue faturar. No município sede da região, conseguimos ter uma gama muito maior de serviços ofertados que a gente consegue enviar para lá e o pessoal da regulação [...] é que faz esse intermédio para mim, estão sempre em contato com o pessoal de lá [...] e consegue puxar mais, atender mais a demanda (GM6).

De acordo com quatro gestores (GR1 e GM1, 2 e 4), a conformação do consórcio interfederativo de saúde na região de Feira de Santana é resultado de uma agenda política, que deu certo. É descrito por um informante (GE1) que o processo foi iniciado com o programa de gestão participativa do governo do estado que tinha como centralidade a regionalização da saúde, por meio do projeto saúde mais perto de você. Tal projeto foi incluído no PPA como uma possibilidade de gestão de estruturas de saúde no território, com objetivo principal a implantação de Policlínicas Regionais, com oferta diversificada de serviços de saúde especializados – consultas, exames e procedimentos. Embora tenha como inspiração o modelo

criado e implantado no Ceará, foram feitas adequações tanto na oferta de serviços, quanto na tipologia da policlínica, sendo assumido para todas as regiões a tipologia dois, com um cardápio de oferta de serviços padronizado.

Em seu desenho inicial, de acordo com um entrevistado (GE1), pensou-se em formação de consórcios por território de identidade, sendo as primeiras discussões pautadas nesta conformação, sem obter êxito, uma vez que, na saúde deve ser considerado o PDR, assim, definiu-se por região de saúde. No entanto, houve pequenas adaptações, visto que, no CIS Portal do Sertão, a conformação inclui a presença de municípios que não pertencem a região de saúde, bem como, há a não participação de município pertencente a região de saúde.

#### **Consecução do Consórcio Interfederativo e da Policlínica**

Me parece hoje, olhando para trás, penso que a motivação foi política [...]. E que esse pensamento genial se corporificou na policlínica. Por quê? Ia resolver um problema que era essa questão da oferta de serviços [...]. Então, quando ele conseguiu drenar uma população para uma policlínica, estava diminuindo aquele ambulatório que era feito ali aquelas especialidades, certo? Ele fortalece uma cidade maior e deixa para o município [pequeno porte], apenas a obrigação do básico. Do fortalecimento da sua atenção básica (GM2).

Quando o governador [da Bahia], na primeira gestão, colocou no seu [Programa de Gestão Participativa] no seu projeto de governo, o projeto saúde mais perto de você, que tinha regionalização como grande foco, está no PPA [...], de que uma das formas de gestão, de uma das estruturas de saúde poderia ser os consórcios interfederativos [...], ele tinha ido ao Ceará e tinha um modelo de policlínica de forma consorciada, como consórcio interfederativo. Então, ele veio com a mesma lógica para cá. [...] com um perfil que veio do Ceará com as adaptações, porque a Bahia, por exemplo, o Ceará eles não têm ressonância, o Ceará tinha um tipo de policlínica tipo 1, e tipo 2. Para região com menos habitantes é uma policlínica tipo um, um prédio menor e para outras regiões é o tipo dois. O governo da Bahia assumiu o perfil tipo 2 para todas as regiões do estado (GE1).

#### **Desenho regional**

[...] algumas áreas do estado trabalham com território de identidade, [...] na saúde, tínhamos o PDR. Essa foi uma dificuldade inicial, porque quando eram convidados para a sensibilização inicial, eram convidados por território identidade. Mas aí como fez uma comissão [...] para os consórcios interfederativos, que se reunia aqui na SESAB toda terça-feira. Nesta quando [...] a APG começou a participar, começou a colocar, não, no caso da saúde, só faz sentido se for por região de saúde (GE1).

[...] nem sempre numa região estão todos os municípios. [...] por exemplo, temos um município que não está em nenhum consórcio, e ele é da região de Feira (GE1).

Embora estivesse tratando da concepção de um CIS, para implantação de um equipamento regional, é unânime a afirmação pelos gestores participantes da pesquisa e que estavam atuando na região a época, a inexistência de discussões regionais, seja com os NRS, seja com os secretários municipais de saúde. Embora o entrevistado GE1 afirme que a discussão do processo era condizente ao cargo de prefeito, por meio do qual somente ele poderia assinar o protocolo de intenção, e que a ele caberia a interlocução com seu secretário de saúde. Aqui,

abre-se um destaque dado pelo gestor regional (GR3) acerca da atuação do NRS que, apesar da não participação no processo de discussão e implementação do CIS Portal do Sertão, foi responsável por dar suporte ao início das atividades do CIS.

#### **Participação dos entes regionais nas discussões do CIS**

E me recordo que todo processo de implantação do CIS não foi discutido com os gestores, não foi discutido com o COSEMS, ele foi implantado. Foi algo entre o gestor do estado e os prefeitos. Os secretários foram meros orientadores quando os prefeitos tinham humildade de perguntar, o que eles achavam, e tal? Isso gerou um desconforto muito grande por parte de muitos gestores em relação ao consórcio (GM2).

Inicialmente a discussão do consórcio foi bem complicada, porque fizeram uma interlocução com o prefeito, não sei a maioria dos prefeitos, mas assim, vou dizer por mim, [...] então, o prefeito deixa muito essa parte técnica comigo, então, ele não entende muito a parte técnica [...] e aí, a gente começou a conversar. Como secretária, comecei a dizer não, epa! E aí prefeito, preciso participar, como é isso? A gente tem que saber como são as coisas e junto. Como era uma pactuação que envolvia recurso financeiro, acho porque era uma política de estado, existia a necessidade de que o prefeito comprasse a ideia e pudesse assim firmar um compromisso com o estado, para criar os consórcios [...], mas não pode esquecer a importância que tem o papel do secretário de saúde no processo (GM1).

É, isso foi um grande gargalo, [...] os NRS não foram convidados. Os núcleos regionais, não participavam de nada, tudo veio do nível central [...], mas isso teve que rever, porque no próprio estatuto demanda que o coordenador do núcleo é membro nato do conselho consultivo e o núcleo é autoridade sanitária do equipamento policlínico. [...] Já consegui compreender que não tem como excluir o núcleo. Mas em nenhum momento da sua implantação, das discussões preliminares o núcleo sequer fez parte ou tomou conhecimento (GR1).

Porque quem assina é o prefeito, e até que se prove o contrário, o prefeito conversa com o seu secretário [...]. Então, o consórcio não pode fazer um movimento com os secretários do consórcio, às vezes, o secretário não tem nem encontro com o prefeito, não fala porque como cargo, às vezes, é de um vereador, às vezes, o secretário até tem uma diferença política com o prefeito, por incrível que pareça. Então, o movimento do governador era com os prefeitos, porque eram os prefeitos que iam assinar (GE1).

O Núcleo foi peça-chave para fazer o processo acontecer, tinha uma policlínica que até então não tinha sido nem inaugurada, a gente teve todo um aparato físico do núcleo, porque a gente precisava de um local pra desempenhar as atividades que demandavam antes da inauguração, tanto é, que a gente ficou um período no núcleo, então todo suporte desde logística, de fazer as coisas chegarem, material, transporte, todo e qualquer demanda que de fato existiu e que a gente ainda não tinha estrutura realmente, foi com o apoio do núcleo[NRS]. Então, foi um fator importantíssimo [...]. Se não existisse o núcleo com certeza não teria inauguração (GR3).

Considerando a atuação do consórcio e a inter-relação com secretários e o núcleo, a partir da elaboração do estatuto com regimento próprio, e de acordo com quatro entrevistados (GR1, GE1, GE3 e GR3), é dado aos secretários de saúde dos municípios que compõem o CIS e ao coordenador do Núcleo Regional de Saúde do estado, a participação no Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio. Essa participação foi pouco descrita, mas sendo destacada a importância do NRS nos espaços de consecução e discussão em âmbito regional.

No entanto, nas entrevistas foi registrado por seis gestores (GR1; GE1, GE3 e GM 1, 4 e 7), a participação de secretários em assembleias de consórcio, nas quais caberia a participação dos prefeitos, dado um maior entendimento destes sobre os processos relacionados à saúde, sejam referentes às necessidades de saúde dos municípios, ou aos aspectos de financiamento, custeio e aporte de recurso. Por sua vez, há relato de um dos gestores (GM6) acerca da não participação de representação municipal, seja em reuniões da assembleia ou do conselho consultivo.

Agora, depois que abriu o próprio regimento, desde o início já dizia que a policlínica tinha um conselho consultivo, composto por todos os secretários de saúde. [...] O conselho consultivo é do secretário dos municípios consorciados (GE1).

Olha só, a convocação é para os prefeitos, porque são assembleias. Contudo, tem prefeitos que não participam, preferem [...] encaminhar os seus secretários para participar, por não ter nenhum conhecimento relacionado à saúde e muitas vezes tem pautas que são direcionadas a liberação de verba para aquisição de um novo equipamento ou nova contratação, enfim, então o secretário é quem tem mais essa afinidade de informação, e participam por meio de procuração (GE3).

Quanto ao consórcio, não tenho aproximação, tenho mais com a Policlínica, nunca tive nada de reunião com o consórcio. As reuniões que participo são somente com a Policlínica e não acredito que o prefeito tenha também participado (GM6).

[...] a reunião dos consórcios é entre prefeitos e consórcio. Muitos prefeitos têm dado procurações para os secretários participarem. Como vice, estou mais aberta a esse espaço, como secretária também tenho essa aproximação (GM4).

As divergências político-partidárias foram ressaltadas por cinco entrevistados (GR1 e GE1; GM1, 2 e 4) como ponto de resistência à adesão ao consórcio e implantação da policlínica, sendo o município sede principal opositor. Tal questão não se resumia às questões partidárias, mas também a relação de poder, dada a dependência dos demais municípios da região de saúde, por serviços ofertados no município sede. Inclusive tendo afirmado em reuniões de CIR que iria implantar uma policlínica em seu município para atendimento regional. Por sua vez, dois outros gestores (GM2 e GM4) argumentam que diferentes questionamentos trazidos pelo município sede, se referiam ao quantitativo de vagas e a inexistência de transporte sanitário para o município sede.

#### **Interferência política**

Tivemos muitos, [...] às vezes a via política partidária impede que algumas coisas avancem, porque não tem interesse de que o SUS, [...] seja independente, que tenha um serviço efetivo. Ainda existe aquela política que quer que a gente viva sobre o domínio daquele que tem mais, que a gente não tenha autonomia, [...]. Então são coisas que a gente percebe ao longo do tempo, e aí existe também a questão [...] da dependência, então a gente era muito dependente de Feira de Santana, a gente vivia com a cuia na mão, no município de Feira, por ser sede de macro [...], por ter todos os serviços, a gente ficava na dependência do município. Então com a policlínica, criamos uma independência em relação a isso. [...] (GM1).

Logo quando, surgiu a questão da construção da policlínica, via Consórcio, que surgiu o projeto, o município sede também disse que faria, que iria construir uma, um centro especializado (GM1).

Quando existe município de oposição e que confunde a questão de política com a política de saúde. Então, essa é a nossa maior dificuldade. Enquanto ainda existir infelizmente governantes que misturem isso [...] e isso, posso falar com toda isenção, não existe favorecimento, perseguição ou retaliação política, [...] o modelo foi muito bem pensado, independente de quem esteja no governo [...] lhe digo que o maior empecilho, quem mais pode boicotar infelizmente é o próprio município aqueles que tem um gestor que procura polarizar a política dentro de um serviço de saúde (GR1).

Houve discussões mais acirradas, com o município sede. Na época, não é que dificultou. [...] tiveram falas que contradiziam algumas coisas, [...] e por que a gente não pode ter veículo para poder pegar nossos pacientes? E por que temos que pagar isso tudo, se nós só temos acesso a pouca quantidade na nossa população? E por que não é 100% da população? Foram conversas assim que de uma certa forma, não foi só dificultando, foi tentar talvez melhorar o processo (GM4).

Ao ser avaliada a estratégia do CIS, a otimização dos recursos aparece em nove entrevistas (GE1, 2, 3 e GM 1, 3, 4, 5, 6 e 7) como principal elemento positivo para adesão dos municípios, associado ao valor per capita para custeio da policlínica e consórcio, sendo considerado o menor valor no estado. Por sua vez, é dada relevância à concepção de região de saúde e ao fortalecimento regional, por quatro entrevistados (GM1, 4, 5 e 7).

O entrevistado GE 1, indica que o aporte financeiro para o CIS advém de recurso estadual e recurso municipal. Ainda que a PPI, instrumento de planejamento, represente o aporte de recursos federais, destinado a executar as ações e serviços de saúde para atenção especializada, a utilização deste recurso, em municípios com Comando Único, ou seja, que recebem o aporte de recurso federal destinado a PPI, no Fundo Municipal de Saúde, tem-se o entendimento de que este recurso pode ser utilizado para pagamento da cota sob responsabilidade do município ao CIS.

O consórcio de saúde é uma avaliação extremamente positiva. Quando a gente elege um consórcio que a gente pensa na região de saúde, a gente pensa vários municípios, a gente fortalece muito aquela região. A gente sabe que tem uma PPI muito fragilizada, sabe quanto é caro contratar especialistas e esse consórcio veio realmente para poder estar ajudando os municípios (GM4).

Positivo, vejo que foi positivo. Inclusive, até refiz [...] os cálculos para ver se era viável esse consorciamento. Eu já fiz uns cálculos, já pensei, poxa a gente poderia oferecer no município, será que é viável esse valor? E vi que a gente não teria como custear todos esses serviços pelo município [...]. Então, essa estratégia tem sido positiva, mas que a gente teria que ter um maior diálogo entre secretaria e o próprio consórcio (GM5).

O consórcio é interfederativo, é recurso fonte 130 do estado e da fonte 130 do município. O governo federal é recurso federal, e o governo federal não é consorciado. Então o dinheiro da policlínica é recurso municipal e estadual. [...] mas como funciona isso, há um entendimento de que, [...] município comando único recebeu o dinheiro da média complexidade, federal, da PPI, [...] o dinheiro é da minha governabilidade,

então existem prefeituras que tiram esse dinheiro para pagar a cota dele na policlínica, mas é tido já como recurso do município e do estado, porque quem banca são os dois entes federados (GE1).

## **Categoria 2 - Acesso aos Serviços Especializados**

Os gestores municipais (GM1, 2, 4, 5, 6 e 7) afirmam prover acesso a algum tipo de serviço especializado, por meio da contratação de médicos especialistas que vão ao município e realizam atendimento de consultas e exames, em centros de especialidades ou ambulatórios de hospitais de pequeno porte. Além de contratar profissionais, dois gestores (GM4 e GM5) realizam a compra de consultas e exames no setor privado, em clínicas instaladas em seus respectivos municípios ou em municípios no entorno. Outros dois gestores (GM1 e GM6) indicaram a existência de acordos informais com algumas clínicas privadas, por meio dos quais são concedidos descontos em exames e consultas, desde que o cidadão apresente uma solicitação com carimbo da secretaria municipal de saúde. Uma outra forma de prover o acesso, segundo o entrevistado GM 2, a parceria solidária com outros municípios, por meio de relações próximas entre gestores; mesmo sem a existência de pactuação financeira, acolhe a demanda dos usuários de outros municípios. Outros dois gestores municipais (GM3 e GM7) afirmam buscar apoio político para atender a demanda do usuário, sendo que o entrevistado GM3 afirma que o município não possui nenhuma oferta de consultas e exames especializados em seu território, ressaltando ser um município de menor porte e com poucos recursos financeiros disponíveis.

Todos os gestores municipais sinalizaram a PPI como uma possibilidade pouco efetiva de acesso à rede assistencial de atenção especializada. Os municípios de Miguel Calmon, São Félix, Muritiba, Feira de Santana e Salvador foram os executores de serviços apontados pelos entrevistados. Além da PPI e dos serviços da rede municipal, esses gestores identificaram os serviços da rede estadual, disponibilizados pelo Sistema Lista Única para todos os municípios do estado; e, a policlínica regional, pelo sistema SIGES, apenas para municípios que integram o CIS Portal do Sertão.

O financiamento de serviços de atenção especializada nos municípios cujo teto financeiro da assistência de média e alta complexidade está sob gestão estadual, utiliza recurso próprio, contrapartida municipal, para financiar serviços no território de seus municípios. Quatro gestores municipais (GM4, GM5, GM6 e GM7) sinalizam que a Secretaria Estadual de Saúde tem por responsabilidade ofertar e contratualizar serviços no território estadual, para atender suas demandas. O entrevistado GM3 indica que o chefe do executivo municipal tem

efetuado pagamento ao serviço privado, com seu próprio dinheiro para atendimento aos municípios.

#### **Contratação de profissionais**

Hoje, no município, incluímos algumas especialidades, contratamos alguns especialistas, que atendem no ambulatório do hospital municipal (GM7).

Temos alguns serviços dentro do município, que o município assume, contratando profissionais de algumas especialidades (GM1).

Temos contrato com profissionais médicos aqui do município. Os que temos maior demanda, precisamos contratar, para atender nossos municípios (GM5).

#### **Contratação de prestadores privados**

Temos contrato com duas clínicas privadas do município, uma para consulta com gastroenterologista e realização de endoscopia e outra para ortopedia. Temos também um contrato com um laboratório aqui do município, que realiza coleta na própria clínica, UPA e no hospital municipal (GM5).

#### **Parceria solidária**

Bato em todas as portas. [...]. Temos amigos que recorremos e conseguimos, mas muitas situações temos que pagar, porque tenho situações que não posso deixar de pagar, porque se eu não pagar, não vou conseguir dormir, de saber que aquele município vai voltar sem uma resposta para o problema dele. Porém, o SUS não pode pagar de todo mundo, então hoje é assim [...] buscando ajuda das pessoas amigas, buscando as parcerias do pouco que a gente tem da PPI, o que nos sobra em Feira de Santana, em Salvador, às vezes, em Jacobina, às vezes, em Miguel Calmon, às vezes, é uma cortesia, de um amigo em Itaberaba, e assim tentando reestruturar a saúde do município para oferecer dignidade ao paciente do SUS, que ele verdadeiramente precisa (GM2).

#### **Ajuda de entes políticos**

Fico ligando para os deputados, solicito ajuda, peço para dar uma força, vou pedindo a um e a outro (GM3).

#### **Descontos**

Quando procuro um especialista na rede do município ou fora do município e não consigo, então temos essa parceria dentro do município: o paciente é encaminhado e a clínica oferta desconto especial. Então, a gente não direciona o paciente aqui, informamos sobre essa possibilidade. O paciente tem acesso às tabelas de valores cobrados e, se ele optar por uma clínica, realizamos o encaminhamento, carimbamos a solicitação e orientamos a informar que foi um paciente encaminhado pela Secretaria de Saúde, e assim é dado o desconto na clínica (GM1).

#### **Lista única e PPI**

Nós também utilizamos a lista única do estado, através da regulação ambulatorial [...], tem algum serviço também de média e alta complexidade, que estão na pactuação com o município de Feira de Santana, Salvador, Muritiba e com São Félix (GM1).

#### **Policlínica**

Estamos tentando levar o município para uma policlínica, a discussão já foi iniciada, mas estamos tendo dificuldades, porque a cultura do município converge para Feira de Santana, onde temos o nosso núcleo regional, embora distante 200 Km, mas por conta da questão per capita, Feira de Santana não comporta. Então, temos que ir pra Jacobina, mas a comunidade não aceita Jacobina. Estou dialogando com os municípios, com o conselho, com as categorias (GM2).

#### **Recurso próprio**

O município tem arcado com a prestação de serviços de especialidades, de média complexidade; o município tem que usar seus recursos para ter os serviços (GM6).

O que a gente faz [...] o povo é cidade pequena, vai pedir ajuda ao prefeito, eu pago, eu faço particular direto (GM3).

De acordo com seis gestores municipais (GM1, GM2, GM4, GM5, GM6 e GM7), o setor privado concentra a maior oferta de consultas e exames com especialistas, e os mesmos identificam dificuldades para contratação de profissionais ou a conformação de parcerias público-privadas em seus territórios. Dentre as causas citadas, estão: pouco ou nenhum interesse dos profissionais em atuar no serviço público municipal (GM1 e GM2), valores dos honorários profissionais (GM4 e GM6) e valores cobrados para efetivação de parceria público-privada que são sempre superiores à Tabela SUS (GM1 e GM5).

Nesse aspecto, um entrevistado (GM5) relata dificuldade em prover serviços no município e executar as pactuações previstas na PPI, visto que seu município, também, é executor. Outra situação descrita por cinco gestores municipais (GM1, GM2, GM4, GM5 e GM7) e por quatro gestores estaduais e regionais (GR1, GE1, GE3 e GR3) é a carência de determinados especialistas para ofertas de serviços diversificados na região. Dada a dificuldade de prover serviços, o informante GM7 afirma que o seu município precisa se adequar à disponibilidade de carga horária e honorários do médico e não à demanda sanitária, para ampliar o acesso em seu território.

A parceria público-privada é vista, segundo dois gestores (GM1 e GM2), como a forma de contratação que gera maior dependência e vulnerabilidade para o serviço público, uma vez que o prestador comanda a negociação na contratação, definindo valores, número de consultas e atendimentos.

#### **Concentração no setor privado**

A atenção especializada tem o maior número de profissionais nos prestadores privados, então, eles não têm interesse em que o SUS avance, às vezes não é proposital, mas, por exemplo, não querem atuar no SUS (GM1).

#### **Tabela SUS**

A tabela SUS não funciona para contratação de clínicas privadas, gerando dificuldades para que possamos gerir o serviço com os valores que a gente tem hoje, que são muito baixos. O próprio município não consegue contratar alguns serviços, até para nossa população. Para contratar alguns profissionais, como neuropediatra, pelos valores de hoje, é impossível para o município arcar com esse custo. Temos também dificuldade em contratar alguns exames, alguns serviços, e isso limita a resolução de algumas questões (GM5).

#### **Carência de especialistas**

A gente tem alguns gargalos e hoje no município menor, vejo que não é diferente do município de 65 mil habitantes, que eu estive há pouco tempo. Faltam especialistas!

A gente tem dificuldade de conseguir profissionais com disposição e que entendam a política do SUS (GM2).

**Adequar a disponibilidade de horários e valores**

Temos dificuldade com algumas especialidades e o que conseguimos, temos que adequar a carga horária à disponibilidade do profissional, para ter o atendimento aqui no município (GM7).

**Vulnerabilidade na conformação de parceria público-privada**

Feira de Santana praticamente não tem quase nada próprio, a maioria das coisas são privadas, credenciadas ao SUS, então quando é uma entidade privada você não manda, você fica refém do serviço privado, porque ela vai te dizer: olha faço um contrato contigo, mas eu só posso te ofertar X consultas, X exames por mês. Então, você acaba ficando refém (GM1).

Quatro gestores municipais (GM1, GM5, GM6 e GM7) identificam uma expansão do setor privado em seus municípios ou em municípios circunvizinhos. Sob esse aspecto, dois gestores (GM 7 e GR1) consideram que essa expansão do setor privado, via clínicas populares, amplia o acesso da população, ainda que por desembolso direto.

**Expansão do setor privado**

Acho que até desafoga, esses centros médicos que tem um preço razoável [...]. No município aqui vizinho, muito próximo, já tem cinco centros médicos, com preços populares, então acaba dando acesso à população e desafogando o SUS (GM7).

Não vou criticar a iniciativa privada, porque se não fossem eles, não teríamos a quantidade de acesso que temos hoje. O privado tem o interesse dele, e visa o lucro (GR1).

Quanto à distribuição espacial de consultas e exames com especialistas, é unânime a informação de concentração de oferta no município sede, seja por meio da oferta pública, privada ou mediante parceria público-privada. Sendo esse um ponto destacado por um gestor estadual (GE1), em que dada a maior disponibilidade de especialistas em municípios sede das regiões de saúde, decorreu a escolha desses municípios para implantação das policlínicas regionais.

Todos os gestores afirmam que há uma insuficiência de serviços públicos para atender a demanda. Conquanto, essa demanda é vista por quatro gestores (GM1, GM2, GM5 e GM7) como uma demanda que vem sofrendo influência da ampliação dos serviços de saúde tanto público quanto privado, onde uma maior oferta traz como consequência uma maior demanda.

As consultas com especialistas em cardiologia, endocrinologia, ginecologia e os exames de ultrassonografia foram citados por cinco entrevistados (GM1, GM2, GM4 GM5 e GM7) como os que possuem uma maior oferta, mas que ainda são insuficientes para contemplar a demanda regional. Por sua vez, todos os gestores municipais citaram as especialidades de pediatria, neuropediatria, neurologia, urologia e reumatologia, além dos exames de ressonância,

como ofertadas em quantitativo mínimo via PPI e na rede estadual – uma vez que a Policlínica Regional oferta apenas os exames de ressonância.

#### **Implantação da Policlínica na Sede**

Foi escolhido, as policlínicas, estarem nestes locais, porque a gente já tinha uma avaliação antes, de que para conseguir profissionais médicos, as cidades grandes seriam as mais adequadas. E isso se confirmou, além disso, essas cidades já são nucleares, porque existem outros movimentos: comércio e educação se concentram nessas cidades. Como a Policlínica é uma unidade porta fechada e de especialidade média e alta, foi avaliado que seria o local ideal para implantar, a cidade mais adequada (GE1).

#### **Demanda e oferta**

A gente não consegue dar conta da demanda. Mesmo o paciente que vai a uma consulta particular, ele volta para a rede SUS para transformar os exames e procedimentos em solicitação do SUS, e vai querer entrar na rede de qualquer jeito (GM1).

Temos muita demanda reprimida, sabemos que a demanda sempre será maior que a oferta, mas não estamos conseguindo avançar, mesmo contratando profissionais (GM7).

Os profissionais que atuam no SUS, muitas vezes acabam solicitando muitos exames, às vezes porque sabem que temos alguma oferta, outras vezes por cederem à insistência do paciente (GM5).

#### **Oferta insuficiente**

Contratamos na nossa rede e temos acesso à consulta com cardiologista na policlínica, mas mesmo assim não conseguimos atender toda a demanda (GM7).

A ressonância e a consulta com neuropediatra, a gente não conseguiu resolver, estamos com uma fila de espera gigantesca, mesmo buscando a gente não consegue ofertar e, muitas vezes, temos que buscar outras formas, como pagar pelo serviço para que o paciente tenha acesso (GM5).

Existe uma defasagem muito grande de procedimentos e de especialidades. Urologia, neurologia, pediatria, é preciso a gente conseguir. Tem uma demanda grande hoje (GM2).

Seis gestores municipais entrevistados (GM1, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7) relataram que o caminho percorrido pelo usuário para conseguir acesso à atenção especializada é, em sua maioria, por encaminhamento de profissionais da APS, mas também há solicitações do ambulatório e hospital municipal, do serviço particular e dos serviços nos quais o paciente realiza tratamento continuado.

O seguimento do tratamento de saúde do usuário nas unidades básicas de saúde é visto por cinco gestores (GM1, GM3, GM4, GM5 e GM6) como de extrema importância para garantir resolutividade e continuidade assistencial. No entanto, três reguladores (TR1, TR2 e TR3) relatam a não existência de fluxos que garantam referência e contrarreferência.

#### **Encaminhamentos, referência e contrarreferência**

No nosso município, as marcações para exames e consultas de especialidades em sua maioria são de pacientes da Atenção Básica, mas às vezes temos dificuldade de fazer o paciente retornar para continuar sendo cuidado pela equipe, pois, muitos acham que tem que ficar somente com o especialista (GM4).

Como temos outros serviços no município, a central de marcação agenda segundo as prioridades para qualquer encaminhamento dos serviços do município (GM6).

Algumas vezes, o paciente vem da consulta sem nenhum relatório, trazem somente uma recomendação para retorno, outras vezes não tem nem o relatório daqui do município (GM7).

Temos solicitado que os profissionais do município encaminhem os pacientes com relatório, mas nem sempre isso acontece e também, muitas vezes, os pacientes retornam sem uma contrarreferência, principalmente os pacientes com problemas menos complexos (TR1).

De acordo com os gestores municipais (GM1, GM2, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7), todos os seus municípios possuem central de regulação municipal informatizada, localizada na secretaria municipal de saúde, que funcionam com técnicos de nível médio e ao menos um profissional de nível superior, que exerce a função de coordenador da regulação.

Os sistemas de regulação ambulatorial para acesso aos serviços de atenção especializada, identificados em todas as entrevistas com gestores municipais e reguladores, foram: o sistema lista única, que integra o sistema de regulação e urgência (SUREM), da central de regulação do estado da Bahia, para acesso à rede estadual própria ou contratualizada; o sistema VIDA para os serviços ofertados pelo município de Salvador; o Sistema IDS para as pactuações com Feira de Santana; e o SIGES para acesso aos serviços da policlínica regional. Quando existem clínicas credenciadas, ambulatórios e centros de especialidades na rede municipal, seis entrevistados (GM1, GM2, GM4, GM5, GM6 e GM7) indicam que a marcação também é por meio da regulação municipal, e a operacionalização das vagas é conforme a oferta disponível, por meio de planilhas ou sistema próprio do município. Além do sistema informatizado, todos os reguladores e gestores municipais entrevistados informaram que possuem livros ou cadernos, nos quais ficam anotados os pacientes em lista de espera, e a priorização do acesso se dá conforme a solicitação médica, ou situação de saúde do usuário. De acordo com três gestores (GM2, GM4 e GM7) e quatro técnicos reguladores (TR1, TR2 e TR3), essa anotação das demandas do usuário para posterior agendamento trouxe uma redução das filas que se formavam na madrugada à frente das secretarias municipais.

Quanto a descentralização dos agendamentos de consultas especializadas, para as unidades básicas de saúde, dois entrevistados (GM5 e GM6) indicaram algum modelo de descentralização, mas sem utilização de sistema informatizado, implicando em deslocamento da equipe de regulação para as unidades, numa periodicidade semanal ou mensal, a depender

da demanda do território (GM6), ou disponibilização de quantitativo de vagas por unidade, ficando a equipe responsável pelo agendamento (GM5).

Embora todos sejam unânimes em afirmar que a maior dificuldade da regulação municipal seja a oferta de vagas, três técnicos reguladores (TR1, TR2 e TR3) relataram a falta de informações detalhadas nas solicitações ou ausência de relatório descrito pelos profissionais que possam facilitar a priorização nos agendamentos. Um gestor municipal (GM2) fez referência a interferência política que tenta burlar os processos regulatórios.

Quanto ao tempo de espera dos pacientes para conseguir acesso aos serviços de atenção especializada, os gestores e técnicos reguladores não conseguem identificar um tempo médio, dada a dependência da relação oferta, demanda e número de casos de urgência priorizados.

#### **Central de Regulação Municipal**

Em nosso município, temos a central de regulação, informatizada, temos três computadores. Os técnicos ficam responsáveis por gerenciar as vagas no sistema e marcar os pacientes. Eles precisam estar atentos aos dias de marcação de cada sistema, e orientar a equipe e os pacientes, inclusive sobre datas que as vagas são lançadas no sistema e o período, por exemplo: o sistema IDS a marcação é a tarde (TR3).

Nossa central de regulação funciona de segunda a sexta nos dois turnos. Temos dois técnicos de nível médio e um enfermeiro que é o coordenador da central (GM7).

#### **Mix de sistemas de marcação**

No município, a central de regulação faz o agendamento para o serviço próprio do município, para as consultas com especialistas e exames. Tem o sistema da Policlínica, o sistema IDS de Feira de Santana, tem o sistema para marcação com o município de São Félix, e o sistema vida para Salvador e o lista única, são todos sistemas diferentes para tudo (GM6).

#### **Priorização, regulação e lista de espera**

Realizamos uma triagem dos pacientes com mais urgência e a partir dessa triagem a gente deixa anotado, para quando abrir a vaga fazer a marcação. Orientamos aos que não são urgência para ligar numa determinada data, para que possamos fazer a marcação na data disponível. Damos preferência às pessoas que mais precisam (TR2).

Trabalhamos com priorização e fazemos também uma fila reserva de solicitação na unidade, mas o usuário só faz a marcação na central de regulação (GM4).

A gente trabalha com lista de espera, pegamos os dados desse paciente e colocamos na lista por tipo de consulta ou exame, e ele aguarda surgir a vaga, vamos seguindo a lista de espera. Porém, essa lista de espera tem uma prioridade, dos casos urgentes, o que o médico sinalizar urgente, já tem uma prioridade na fila das urgências, como os pacientes oncológicos, paciente de anemia falciforme, e precisamos também informar aos pacientes sobre as prioridades, assim ele já fica sabendo que se chegar alguém de urgência a vaga será da urgência. E está sendo melhor assim, porque antes o paciente chegava de madrugada, ficava aguardando abrir o setor e, por vezes, não conseguia agendar (TR2).

A central de marcação, a fila iniciava na madrugada, dava voltas no quarteirão, as pessoas chegavam com papelão e café. Era estipulado a data que liberavam as vagas para agendamentos, a fila dobrava, a fila chegava a se formar um dia antes, eu ia para essa fila e a gente tentava resolver. Orientava a não expor data para marcação, mas não adiantou, aquelas vagas todas eram completadas naquele dia e não existia

prioridade, era quem chegasse primeiro na fila. Hoje, trabalhamos por prioridade clínica, e com fila de espera por meio de anotações (GM5).

Quando criamos essa lista de espera, até tive resistência, achei que não fosse dar certo, porque os pacientes iam querer marcar no momento, mas vi que surtiu efeito, porque como o município é muito grande e às vezes tem pacientes que pagam para ir à secretaria e, às vezes, pagavam três, quatro vezes no mês para ir, e até três meses, quatro meses, iam gastando aquele valor que quando ele colocasse na ponta do lápis, já tinha gasto mais do que o valor do exame. Tinha fila na porta, as pessoas dormiam na fila, chegavam cedo, às vezes, debaixo de chuva (TR1).

#### **Descentralização**

Fizemos várias mudanças na central de marcação, não foi um processo fácil, tem um ano agora que a gente conseguiu melhorar a central de marcação, ainda precisamos avançar muito. Descentralizamos as vagas, as cotas hoje não estão somente na central de marcação. Deixamos na central de marcação só uma cota reserva para os pacientes do TFD, os pacientes renais, pacientes de câncer, imunossuprimidos, crianças especiais a gente tem uma cota para esse público. Antes era todo mundo numa fila única. Hoje funciona dessa forma, o paciente é atendido na UBS, e a enfermeira e a médica referenciam quais vão ser os pacientes, prioridade dentro daquela cota para os exames este mês, e os outros vão ficando na fila, sendo atendidos de acordo com a prioridade e a fila de espera (GM5).

#### **Interferência política**

Temos o sistema central, mas a dificuldade é igual para todos os municípios. Aquela história mesmo, a oferta é infinitamente menor do que a procura, e temos muitos problemas e um problema que pensei que com o passar do tempo a gente não teria mais, é aquele problema com o vereador que vive da marcação de exame. Achei que com a regulação isso ia acabar, mas não acabou. Existem as estratégias que eles ainda lançam mão que, às vezes, a gente está com o paciente inserido no sistema, monitorando, aguardando e por vias outras, o vereador consegue aquela regulação, aquele agendamento mais fácil do que a gente que está ali lutando, desqualificando o trabalho da secretaria e do gestor (GM2).

#### **Guias de solicitação**

Tem muita dificuldade com a falta de informação nas guias de solicitação, porque essa informação é que permite que a central de regulação tenha o conhecimento detalhado da necessidade do paciente. Então, a falta de informação na guia, nas solicitações médicas, no relatório impossibilita esse acesso otimizado de acordo com o problema, a necessidade do paciente (TR2).

#### **Tempo de espera**

Nunca fizemos esse levantamento aqui no setor. Como organizamos a lista por tipo de especialidade e de exames, sabemos que tem alguns que a fila é bem mais lenta do que outras, porque temos poucas vagas disponíveis e, às vezes, também temos muitos pacientes que precisam ser priorizados (TR3).

Sobre a forma de deslocamento dos usuários para serviços em outros municípios, todos os gestores municipais afirmam dispor de uma frota formada por veículos alugados e veículos adquiridos com recurso próprio ou doações. Indicam também a garantia de transporte sanitário com ambulâncias simples para atendimento de demandas de urgência e emergência, e ônibus, micro-ônibus ou carros de passeio para tratamento continuado de pacientes crônicos, e os micro-ônibus exclusivos para pacientes agendados na policlínica regional. A capital do estado

representa a maior distância para acesso a serviços especializados, de acordo com todos os gestores municipais entrevistados.

Por sua vez, a logística para suprir a demanda de deslocamento dos usuários para realização de consultas e exames em outros municípios é descrita por todos os gestores municipais como complexa. Nesse sentido, um gestor municipal afirma que fornece transporte apenas para deslocamento noturno (GM6), e os demais afirmam tentar garantir o transporte desses usuários, mas que nem sempre é possível (GM1, GM2, GM3, GM4, GM5, GM7).

Dentre as dificuldades relatadas por seis gestores (GM1, GM2, GM4, GM5, GM6 e GM7) para garantia do transporte está o custo elevado com manutenção, combustível, aluguel e diária dos motoristas, supridas apenas com recursos próprios do tesouro municipal, as judicializações que impõem ao município atender a determinação judicial. No entanto, dois gestores (GM1 e GM4) consideram que o deslocamento para outros municípios gera não apenas custos para o município, mas também desconforto para o paciente que precisa se deslocar por longas distâncias.

Ante a dificuldade de atender a todas as solicitações, quatro entrevistados (GM1, GM4, GM5, GM6) afirmam que, por vezes, os munícipes precisam arcar com os custos do transporte. A situação dos usuários da zona rural é apresentada por dois gestores (GM1 e GM5) como de maior complexidade, uma vez que, a depender da distância, são cobrados valores elevados pelos chamados transportes alternativos, vans e carros particulares.

#### **Frota**

Temos ambulâncias e o carro do TFD, da hemodiálise. Temos o ônibus que leva os pacientes para Salvador, tudo decentemente. É limpinho, organizado, tem uma casa de apoio lá, que era só um espaço, a gente está transformando numa casa com doações. Mas não é suficiente para garantir, porque se estabeleceu uma cultura no município que tudo tem que ser fora. O munícipe não acredita no serviço do seu território, porque as pessoas, por conta do clientelismo político estabelecido ao longo dos anos, acreditam na consulta, no procedimento que é marcado sempre fora, e querem sempre o carro. A gente pode ter para oferecer no território, mas preferem fora e querem o carro (GM2).

Temos uma frota grande de carros aqui para a saúde, alguns alugados, outros nossos, e ainda assim tenho dificuldades de ofertar transporte. Não se consegue dar conta, porque temos uma quantidade grande de pacientes que fazem hemodiálise, todos os dias tenho carro para Salvador. Garantimos esse transporte para Salvador, para pacientes hemodiálise e oncológicos, e tendo vaga damos acesso aos pacientes com agendamento de consulta em Salvador (GM6).

#### **Transporte para consultas e exames**

Para os agendamentos de consultas com especialidades, a gente não fornece transporte, a gente só tem transporte para os pacientes que fazem tratamento continuado, hemodiálise e tratamento oncológico. Para São Félix, a gente oferta para consulta com neuropediatra porque o atendimento é de noite, o médico começa a

atender sexta à noite. Então essa dificuldade de transporte é grande, mas é o único que a gente consegue ainda fornecer transporte (GM6).

A gente comprou mais um ônibus para transportar os pacientes para Salvador, temos os carros pequenos e cinco ambulâncias, mas nem sempre conseguimos dar conta de todas as demandas (GM5).

Trezentos quilômetros. Muita coisa a gente só consegue resolver em Salvador, no Irmã Dulce, no Hospital da Mulher, no Manoel Vitorino, mas é muito difícil, momento muito difícil, é um desafio grande (GM2).

#### **Judicialização**

Eles judicializam. Tem gente que vai fazer tratamento odontológico na UEFS e judicializa para ter direito ao carro. Ao transporte sanitário e ainda pede com exclusividade, o carro, só para ele. Compreendeu, e ao longo dos anos, ninguém contestou nada. Aí agora, chego ao município, encontro mais de trezentas judicializações. Se tivesse trezentos carros ainda ia ter o trezentos e um que ia querer um carro só para ele, e não dava não, é questão cultural que a gente precisa com delicadeza, com firmeza, com trabalho ir mostrando (GM2).

#### **Custo para o município**

Porque não é só o transporte, tem a manutenção do veículo, o combustível, a diária do motorista e o desgaste do próprio paciente (GM1).

Os pacientes quando precisam se deslocar para outros locais fora do município, gera custo, a estrada demanda custo e para os pacientes locais também é muito cansativo (GM4).

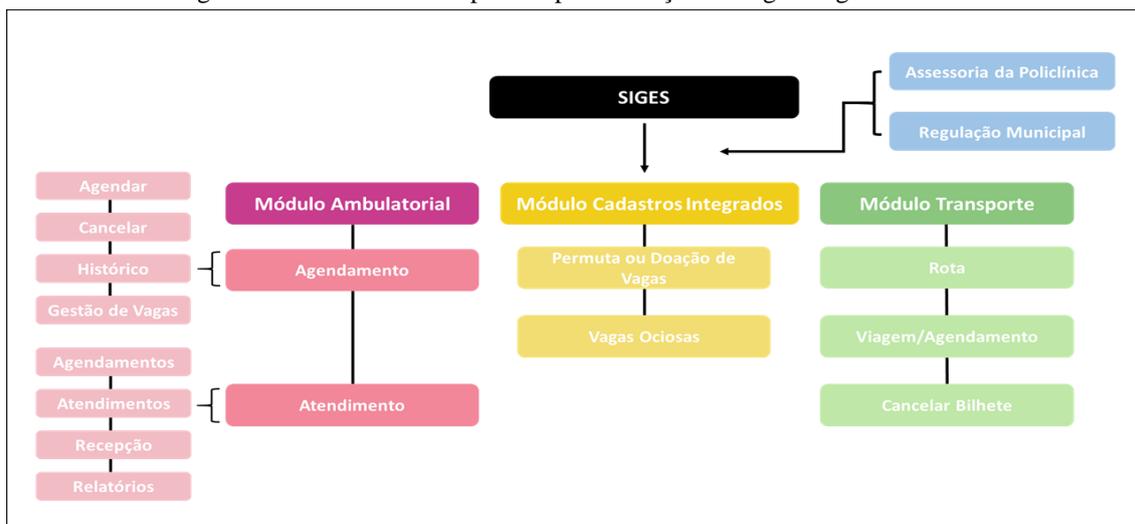
#### **Transporte zona rural**

O município tem um território rural muito grande, a maioria da nossa população é da zona rural e o deslocamento para a cidade é caro. E não temos como garantir esse transporte (GM5).

### **Categoria 3 – Policlínica Regional**

O acesso às vagas disponibilizadas aos municípios consorciados, segundo gestores estaduais (GE1, GE2 e GE3), é realizado pelo Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), formatado a partir do modelo cearense e adaptado para a Bahia, sendo exclusivo para agendamento de atendimento nas policlínicas regionais pelas centrais municipais de regulação (Figura 5). Segundo dois gestores (GE2 e GE3), mensalmente, até o dia 20 do mês anterior, as vagas previstas para os serviços ofertados para o mês subsequente são disponibilizadas aos municípios de forma individualizada, não sendo possível a um município visualizar as vagas dos demais municípios. Nesse sentido, o GE 6 ressalta que é dada total autonomia aos municípios para agendamento, sendo vetado à policlínica qualquer interferência unilateral. Os entrevistados (GE2 e GE3) indicam que, também, são encaminhados por email, aos secretários municipais de saúde e à coordenação de regulação, o quantitativo de vagas disponíveis.

Figura 5 - Módulos SIGES para disponibilização de vagas e agendamentos



Fonte: Elaboração própria, 2023

Segundo os gestores (GE2 e GE3), a regulação assistencial na policlínica é moldada pelo SIGES, inexistindo um setor específico de regulação, sendo de responsabilidade da assessoria técnica assistencial, que conta com dois profissionais de nível superior, o gerenciamento do sistema e apoio às ações específicas da regulação municipal, o que gera acúmulo de funções pela equipe.

O SIGES, segundo os gestores estaduais (GE3 e GE6), permite a troca ou doações de vagas ofertadas entre municípios, no perfil regulador, pelo técnico do município que possui senha de acesso, dessa forma os reguladores conversam entre si e podem realizar, no sistema, as permutas ou doações, justificando o motivo que, por sua vez, fica registrado no sistema. Nesses casos, é recomendado que seja dada ciência ao secretário municipal de saúde e realizado o controle por meio de planilhas internas na central municipal de regulação.

No âmbito da regulação municipal, os gestores (GE1, GE2 e GE3) identificaram alguns entraves que vem repercutindo sobre o serviço da policlínica para melhor aproveitamento dos serviços disponibilizados: precarização do vínculo dos reguladores municipais que gera alta rotatividade nos municípios; a não formação na área de saúde dos reguladores municipais, dificultando o entendimento de normas e protocolos técnicos; emissão de guias de consultas e exames divergentes da solicitação; ausência de orientações aos pacientes sobre o preparo prévio aos exames; marcações contendo erros acerca do exame solicitado. Como forma de reduzir os problemas identificados, a equipe de assessoria técnica realiza capacitações e orientações aos reguladores municipais, quanto aos protocolos de encaminhamento, operacionalização do sistema SIGES, cadastro de profissionais no CNES e SISCAN e orientações de preparo para exames e procedimentos aos usuários.

Outro ponto destacado pelos entrevistados (GE2 e GE3) refere-se às consultas de retorno, sobre as quais não há governabilidade de bloqueio de agendamento por meio da policlínica. Em decorrência, o paciente precisa retornar a lista de espera na regulação municipal para obter nova consulta com especialista, o que gera descontinuidade da assistência.

Devido a esse entrave no retorno, foi elaborado um fluxo para pacientes com biópsia realizada na policlínica. Por meio dele, o médico que solicitou o exame avalia todos os resultados das biópsias e o paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer é imediatamente agendado para consulta ou para outros exames complementares, que sejam realizados na policlínica, sem que o município precise utilizar uma outra vaga, sendo comunicado aos reguladores municipais sobre a marcação e urgência que o caso requer.

Destaca-se, também, no próprio SIGES, o módulo “caminhos do cuidar”, no qual o paciente é acompanhado pela assistente social, que encaminha relatório e solicita ao município, via regulação municipal, prioridade máxima para encaminhamento desse paciente à unidade de oncologia que seja referência para o município, buscando respeitar o prazo limite de sessenta dias. Assim, a assistente social acompanha o percurso e cobra ações do município e registra no SIGES.

### **SIGES**

O diretor da Policlínica tem dois assessores que é seleção pública, não é cargo de confiança, um que cuida da parte administrativa e o que cuida da parte assistencial, sendo que esse assessor assistencial é responsável por acompanhar o SIGES, a marcação, disponibilizar as vagas no sistema. Então, ele tem uma rede com reguladores municipais. O SIGES foi elaborado a partir do modelo do estado do Ceará, customizado para cá, e foi desenvolvido para que o município agende o seu quantitativo de vagas na Policlínica (GE1).

Policlínica é transparente na questão de oferta, na questão de escalas médicas, mas as vagas são dos municípios, a gestão é cem por cento deles. A Policlínica em si não tem vagas (GE3).

Existe o SIGES que é o sistema integrado de gestão em saúde que todos os municípios têm acesso, que é o mesmo sistema da policlínica e todo mês eles visualizam essas vagas de consultas, exames e procedimentos e são livres para os agendamentos. A gente sempre costuma falar que a gestão das vagas da policlínica são 100% dos municípios. Todas as vagas que a policlínica oferece, os municípios são autônomos para agendamentos e encaminhamentos. No SIGES, disponibilizamos essas vagas mensalmente até o dia 20 do mês anterior para cada município e eles conseguem visualizar com bem antecedência e fazer as marcações (GE2).

### **Disponibilização de vagas a outros municípios**

Através da senha de acesso, no perfil regulador do sistema, no módulo cadastros integrados, é permitida a troca de vagas justificada. Previamente os reguladores ou secretários conversam por e-mail, grupo de WhatsApp ou ligação: “Olha, tenho dez vagas de tomografia que não vou precisar esse mês, quero trocar por consultas de angiologista, com outro município”. A depender do interesse, é feita a troca no sistema. É bem rápido e fácil (GE2).

### **Entraves na regulação municipal**

No desenho atual das policlínicas não existe um setor de regulação. Até então, existe a assessoria técnica assistencial em que trabalham (duas técnicas) e a gente elabora um meio de dar essa assessoria mesmo de regulação aos municípios, no sentido de orientar em relação ao sistema, na questão do preparo dos exames e procedimentos. Buscamos oferecer treinamentos regulares, reuniões, conversas. A gente também faz muitas capacitações individuais para os municípios que nos procuram, para realmente orientar, porque temos muitas questões de encaminhamento de pacientes. Cada exame tem sua recomendação e sua orientação, temos a questão de contraste, questões de sedação, questões de jejum, preparo de colonoscopia. Cada médico tem a sua orientação. Então, a gente também busca orientar os municípios nesse sentido (GE2).

É um dos maiores entraves nossos aqui, o conhecimento técnico do setor saúde, isso impacta positivamente quando o técnico é da área de saúde, e negativamente quando não. Percebemos que reguladores e coordenadores que são pessoas com formação em saúde ou que têm uma certa experiência no setor saúde conseguem encaminhar melhor seus pacientes. Porém, municípios que são pessoas indicadas por alguém que acha simplesmente que vai somente marcar pacientes [...] a dificuldade de acesso dos pacientes é bem maior. Os pacientes chegam aqui mal orientados quanto a preparo de exames, quanto a jejum, quanto a exames com contraste, sobre a sedação. Por vezes, não conseguem realizar os exames. Outra coisa é a rotatividade dos reguladores, por conta do vínculo, isso tem dificultado, às vezes quando o regulador está já sabendo, entendendo, sai do município (GE2).

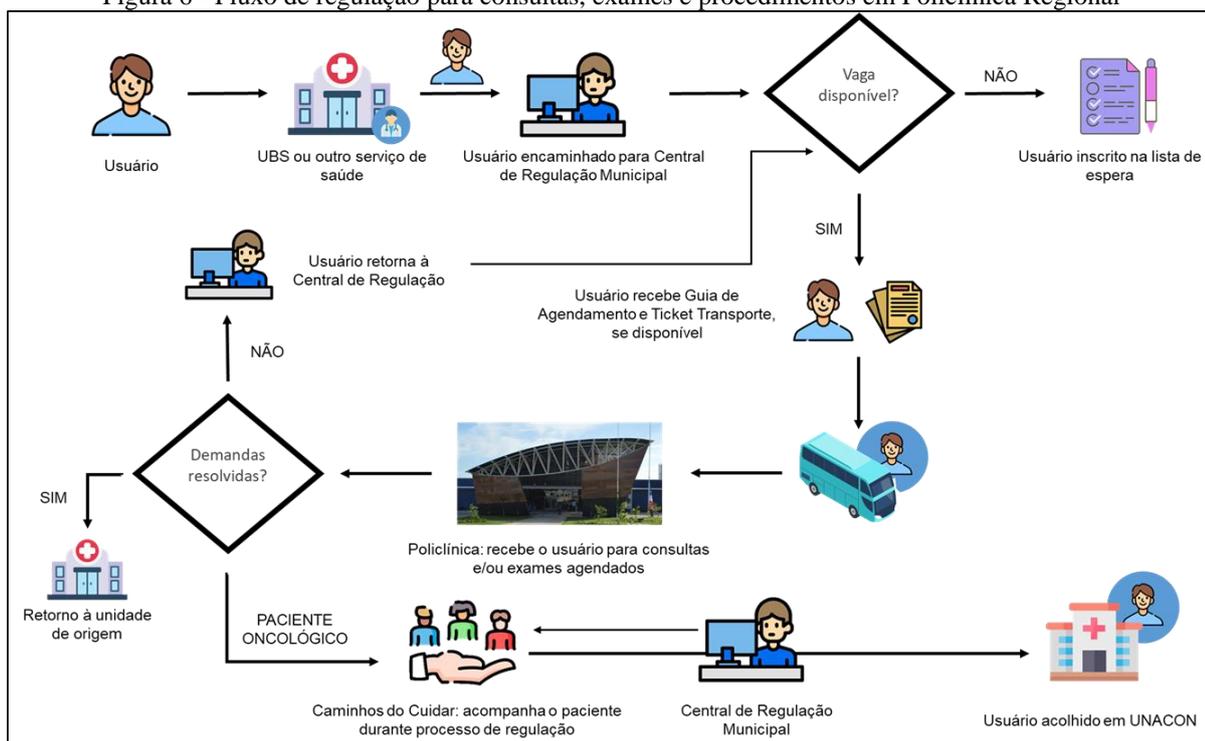
Nos municípios participantes da pesquisa, foi unânime entre todos os entrevistados que a marcação para a Policlínica é realizada mediante solicitação médica com justificativa de encaminhamento e, de acordo com a disponibilidade das vagas, com priorização de acesso para os usuários que já estão em lista de espera.

Para conseguir agendamento, de acordo com seis gestores municipais (GM1, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7) e seus técnicos reguladores, o usuário é direcionado à central de regulação municipal, sendo a marcação realizada conforme a disponibilidade das vagas.

Somente um entrevistado de município rural adjacente (GM4) e outros dois municípios intermediário adjacente (GM5 e GM6) informaram haver um pré-agendamento em unidades básicas de saúde, restritas a consultas e exames com maior oferta de vagas. Todavia, a emissão de guia para acesso à policlínica é viabilizada apenas nas centrais de regulação municipal, por meio do SIGES, sendo encaminhadas às unidades de saúde unicamente quando ocorre no formato de agendamento prévio.

Em síntese, a figura 6, esquematiza o fluxo mais frequente de regulação para consultas, exames e procedimentos em Policlínica Regional.

Figura 6 - Fluxo de regulação para consultas, exames e procedimentos em Policlínica Regional



Fonte: Elaboração própria, 2023

Cabe às centrais municipais de regulação, segundo o GE3 e TR3, a marcação de exames para pacientes internados em unidades hospitalares, tendo como fluxo: 1) a unidade hospitalar envia por e-mail à diretoria médica da policlínica a solicitação médica e o relatório recente do paciente (histórico, estado de saúde, isolamento, uso de suportes e dispositivos); 2) após avaliação e liberação pela diretoria médica, o exame deve ser agendado via regulação do município a qual pertence o paciente; e 3) no turno anterior ao exame, deverá ser encaminhado aos e-mails da diretoria médica e de enfermagem o relatório atualizado das condições de saúde do paciente.

De acordo com o entrevistado GE3, existem municípios que realizam agendamento para a policlínica, indicando um dia para marcação na central de regulação municipal, formando-se, conseqüentemente, filas imensas, que começam pela madrugada nesses municípios.

Quando a marcação é realizada seguindo a lista de espera, ou seja, ocorre posteriormente à ida do usuário à central de regulação municipal, a comunicação com o usuário é realizada por meio de contato telefônico, mensagem por WhatsApp, ou é solicitado às equipes de APS que comuniquem aos usuários sobre a data agendada.

Constitui-se em desafio, para todos os entrevistados, a questão dos encaminhamentos para consultas e exames “a pedido” do paciente, porque, nesses casos, o profissional atende a solicitação do usuário mesmo não identificando necessidade clínica. Para essas situações, as gestões municipais e gestão da policlínica, estrategicamente, vem solicitando aos profissionais

que identifiquem nas solicitações de consulta ou exames os encaminhamentos “a pedido”, para que sejam incluídas em lista de espera.

Os gestores (GE2 e GE3) identificam interferência política se sobrepondo às normas assistenciais, ocorrendo em alguns municípios marcação por “pedido político” que passam à frente de usuários que estão em lista de espera municipal, ou mesmo de pacientes com prioridade comprovada clinicamente.

No âmbito da regulação municipal, cinco gestores (GE2, GE3, GM3, GM4 e GM5) identificam interferência dos reguladores municipais sobre o processo de marcação, uma vez que fica sobre seu gerenciamento a priorização de casos e o controle da lista de espera. Por sua vez, o entrevistado GR3 destaca que a regulação deve gerir as vagas disponíveis de forma a garantir o direito a assistência à saúde dos indivíduos, valorizando os recursos investidos pelo município no CIS, para acesso assistencial da policlínica.

O referenciamento, para nove entrevistados (GE2, GE3, GM4, GM5, GM6, GM7, TR2, TR3, TR5), constitui-se em um nó crítico. Nesse sentido, dois gestores estaduais (GE2 e GE3) reforçam que a fragilidade dos processos de referência reduz a capacidade de resolutividade do serviço, dada a pouca ou nenhuma informação da condição de saúde, resultando em repetição de procedimentos e exames, retardando a condução clínica e o atendimento às necessidades de saúde do usuário.

Três entrevistados (GE2, GE3 e GR2) indicam a existência de um indicador de qualidade na policlínica referente à taxa de contrarreferência. Frequentemente, esse indicador encontra-se abaixo do esperado, sendo solicitado dos profissionais que avancem no sentido do contrarreferenciamento. No entanto, a ausência de encaminhamento adequado dos profissionais solicitantes inviabiliza o contrarreferenciamento e a comunicação entre profissionais.

Outro ponto destacado pelos entrevistados (GE2, GE3, TR1, TR2 e TR3) diz respeito a corresponsabilidade do usuário no processo de referência e contrarreferência, uma vez que, a guia de encaminhamento, as solicitações e os resultados de exames ficam em posse do paciente e que, por vezes, são perdidos ou rasurados.

#### **Marcação nos municípios**

A marcação é na central de regulação, porque nas unidades não tem os computadores para fazer a marcação dos pacientes, assim a gente passa uma data para as unidades, e os pacientes vão à central e fazem o agendamento. Essa data é geralmente após o dia 20, que é quando a policlínica disponibiliza as vagas no SIGES. Na regulação, a gente vai olhando todos os dias as vagas e as demandas, e a gente marca o paciente da lista de espera e comunica a ela ou a enfermeira da equipe, a data agendada. Mesmo quando nos deslocamos às unidades de zona rural, não agendamos, colocamos em lista de espera e vamos marcando conforme a lista (TR4).

Como tínhamos filas imensas aqui na secretaria, que virava o quarteirão, foi determinado que a marcação para a Policlínica seria primeiro para os pacientes prioritários. A regulação faz uma triagem da questão dos pacientes com mais urgência, e esses são os primeiros a terem as marcações quando é liberada a vaga no SIGES. Os que não são urgência, eles vão ligar numa determinada data, e vamos fazer o agendamento por data e hora marcada para o paciente ir à secretaria, com a solicitação e a documentação pessoal, e agendamos para a policlínica (TR3).

Mesmo com toda a tecnologia, com o SIGES, tem município que diz assim: tal dia vai ter agendamento para a policlínica. E aí forma-se aquela fila na frente da secretaria, um dia antes, os pacientes dormem na fila (GE3).

Cada equipe tem uma cota estabelecida para exames, e quando ultrapassa essa cota e é um paciente que tem prioridade, a equipe faz contato aqui na secretaria. E temos também a lista de espera que fica aqui na central de regulação (GM5).

A função principal da central de regulação é dar o acesso ao paciente de acordo com a necessidade dele. Conforme a prioridade, conforme a avaliação da guia da solicitação do relatório médico. Que são mecanismos importantes para que o paciente tenha esse acesso de acordo à necessidade dele (TR2).

Marcamos também os pacientes do município, que está internado no Hospital Clériston Andrade. A policlínica autoriza e marcamos por aqui, às vezes, nem temos mais a vaga, mas a depender da urgência, a policlínica libera uma vaga extra (TR3).

Então, as regulações são “responsáveis” também pelo fundo municipal de saúde. Porque o bom gerenciamento das vagas vai fazer com que aquele dinheiro que o município investiu de fato tenha o retorno esperado. E que, às vezes, infelizmente isso não acontece (GR3).

#### **Solicitações de consultas e exames a pedido e priorização**

Então, essa demanda chega para nossa regulação e é avaliada qual é a necessidade e quais são as prioridades que se tem. Por exemplo, entre o paciente que é cardiopata e o paciente que deu uma alteração no eletrocardiograma, então se só tem uma vaga para o cardiologista da Policlínica, então a necessidade é pro paciente cardiopata. Então, faz essa filtragem, essa triagem pra gente priorizar. Então, esses outros pacientes ficam numa fila de espera pra gente poder estar resolvendo, estar atendendo essa demanda. Pedimos para os médicos da rede façam a justificativa plausível da necessidade do paciente, se não tiver necessidade a gente, tem um corte, se não tiver motivação da solicitação é porque foi um paciente que pediu à doutora: “quero uma solicitação de uma ultrassom, quero uma solicitação dos exames”. Ou, então, se for de rotina, uma avaliação de rotina. Temos esse cuidado de fazer com que a equidade seja um parâmetro para nós (GM1).

Muitas vezes, os profissionais são pressionados pelos usuários a emitir solicitações e consultas e principalmente exames, que não têm essa prioridade, essa necessidade: “Ah! Doutor (a), vim aqui porque quero fazer uma ressonância, um eletrocardiograma”. E todo dia, ele está lá na unidade pedindo, insistindo. E o profissional explica que não tem necessidade, mas acaba cedendo. Então, orientamos que os profissionais da ponta, identifiquem, com AP (a pedido), ou outra estratégia do município (GE3).

#### **Interferência política nas marcações**

O recomendado aos municípios é que priorizem os pacientes oncológicos, pacientes idosos, que priorizem as prioridades de fato. Mas infelizmente existem os entraves políticos. Recebemos muitas queixas dos técnicos reguladores falando que tal político (a) foi lá e pediu para agendar a sua pessoa antes, e que eles, os reguladores, não tem como dizer o não. Como a gestão é do município, orientamos a conversar com o secretário ou o técnico responsável pelo setor de regulação municipal para realmente priorizar quem está em espera há muito tempo ou quem é pacientes oncológicos,

idosos, enfim, mas realmente existe essas solicitações, pelas brechas políticas, mas a policlínica não pode interferir em nada nesse sentido (GE2).

#### **Empoderamento dos reguladores**

Então, é uma responsabilidade do município a contratação do regulador, da equipe da regulação, pois são eles que assumem toda a parte de definir quem vai logo para a consulta ou exame na policlínica, e quem fica para depois. Essas pessoas precisam estar preparadas e terem, no mínimo, alguma formação em saúde (GE3).

Temos falhas aqui no município no processo de marcação, na verdade nossa central precisa ser reorganizada em relação a priorização e as marcações. Precisamos encontrar uma forma de tornar isso mais criterioso, seguindo as normas técnicas, porque o regulador tem um papel fundamental na marcação das consultas e exames. É ele que acaba definindo quem tem acesso, e eu não consigo acompanhar tudo. Estamos sempre solicitando que caso tenham dúvidas, façam contato com o profissional que fez a solicitação, que olhem quem é a pessoa que mais precisa (GM5).

#### **Referência e contrarreferência**

A referência e a contrarreferência não ocorrem de forma correta, muito pouco, é um mínimo que vem com retorno, mas porque também não é enviado relatório. Então, é uma dificuldade aqui que reflete lá. E acaba voltando pra cá sem essa contrarreferência (TR5).

A policlínica é para atuar com referência e contrarreferência. Atualmente, a sensação que se tem é que estamos “enxugando gelo”, onde o paciente é atendido, mas não obtemos o resultado esperado. Porque muitos pacientes estão chegando sem o mínimo de um relatório, de uma referência. Como temos uma avaliação de indicadores trimestral, um desses indicadores são as taxas de contrarreferência. Quando questionamos os profissionais médicos da nossa unidade, porque não está tendo essa taxa de contrarreferência, é justificado que como é que pode existir contrarreferência de algo que não lhe foi referenciado (GE3).

#### **Responsabilização do usuário**

Aqui, agendamos a vaga no sistema, imprimimos a guia de marcação e entregamos ao paciente, mas, muitas vezes, o paciente chega na policlínica sem a guia, sem os documentos (TR1).

A gente percebe que muitos pacientes chegam na policlínica sem APAC, sem resultado de exame, sem guia, mas está agendado. Estamos solicitando que os reguladores coloquem tudo, toda a documentação dos pacientes em envelopes e entreguem lacrado, dizendo: “entreguem assim, fechado na recepção da policlínica” (GE3).

Segundo os entrevistados (GE2, GE3 GR2, GR3 e GM1), a policlínica possui, desde 2017, protocolos de encaminhamento, descritos no manual de acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico das policlínicas regionais em todo o estado, e, também, outros protocolos estabelecidos quando da inclusão no cardápio de ofertas de novas especialidades, exames e procedimentos. Três gestores (GE2, GE3 e GR3) afirmam que os protocolos têm por finalidade organizar o acesso e implementar o uso racional dos serviços disponibilizados na policlínica e devam ser divulgados como material de apoio aos profissionais da rede municipal, que realizam o encaminhamento e aos reguladores responsáveis por agendar o paciente. Porém, para dois entrevistados (GE2 e GE3) prevalece uma baixa adesão aos critérios técnicos e assistenciais estabelecidos nesses protocolos.

Para dois entrevistados (GE2 e GE3), os protocolos de encaminhamento são bem claros e definidos para todas as especialidades, mas é necessário um trabalho mais direcionado nos municípios para os profissionais da assistência e reguladores, por meio de ações de educação permanente. Por sua vez, os informantes da gestão municipal (GM1, GM5 e GM7) mencionaram o desenvolvimento de ações com o objetivo de divulgar e capacitar suas equipes sobre os protocolos de acesso. Além disso, a equipe técnica da policlínica, segundo o GE3, tem sintetizado estes protocolos e encaminhado às regulações municipais para divulgação junto às equipes, e vem realizando atividades in loco, nos municípios direcionado aos profissionais médicos, enfermeiros e reguladores.

De acordo com os entrevistados (GE2, GE3, GR2 e GR3) não existe um prontuário eletrônico com sistemas interligados entre a rede municipal de saúde e a policlínica. Assim, o atendimento do paciente é registrado em prontuário clínico interno da policlínica no SIGES.

#### **Protocolos de encaminhamento e manual de acesso**

O manual de acesso de 2017 explica com detalhes como é o encaminhamento para cada consulta ou exame de especialidade. Temos outros protocolos que foram elaborados, à medida que foram incluídos outros exames e consultas. E são divulgados aos reguladores e aos secretários municipais de saúde e estes devem encaminhar aos profissionais. Mas o que a gente percebe, é que não se segue os protocolos. Os pacientes chegam soltos (GE3).

Temos os protocolos. A construção dos protocolos da policlínica. Então, o médico da unidade, a enfermeira da unidade, sabe qual é a necessidade que o município tem. E eles têm seguido muito a questão do protocolo, a gente tem feito várias reuniões para que estejam atentos aos protocolos (GM1).

#### **Educação permanente**

O diálogo com a policlínica tem sido favorável a todo momento que buscamos. Recentemente, vieram fazer uma capacitação no município, que foi muito boa, com a participação dos médicos da rede, das enfermeiras das equipes, para que seja proporcionado um entendimento maior a respeito de como funciona o serviço, como encaminhar (TR2).

Fizemos reuniões com a equipe médica, com a enfermagem, falando em relação às solicitações, porque as solicitações médicas não tinham o motivo, então todo paciente era igual. A gente não sabia quem era a prioridade. Então, hoje, colocam o motivo da solicitação (GM5).

#### **Prontuário eletrônico**

Temos o nosso prontuário eletrônico, de uso interno e manuseio pelos profissionais da policlínica. Não existe interface com os serviços dos municípios (GE3).

Dentro da perspectiva dos entrevistados (GE1, GE2, GE3 e GR3), a ausência de comunicação entre regulação municipal, coordenações de atenção básica e equipes de saúde tem gerado um impacto negativo sobre o aproveitamento das vagas no serviço. Ainda que a marcação ocorra nas centrais de regulação, para seis entrevistados (GM1, GM3, GM4, GM5,

GM6 e GM7), é papel das equipes de APS que vem representando o maior número de encaminhamentos para os serviços da policlínica, acompanhar o usuário do agendamento às orientações adequadas sobre o preparo para exames.

Outro ponto referente à integração entre reguladores, gestão municipal e equipe de AB, segundo os entrevistados (GE2 e GE3), diz respeito à ausência de divulgação dos serviços ofertados na policlínica aos profissionais de AB.

Para seis entrevistados (GE3, GM3, GM4, GM5, GM6, GM7), a coordenação do cuidado na APS apresenta sérias fragilidades, havendo necessidade de reorganização do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, possibilitando nortear de fato o percurso terapêutico dos usuários em suas necessidades e trajetórias assistenciais.

#### **Integração APS e regulação municipal**

Existe uma desarticulação entre as regulações municipais e as equipes de Atenção Básica, porque o município marca o munícipe, mas não acompanha com a equipe, com o ACS, não vai na casa da pessoa para orientar, perguntar se ele vai, para ser substituído por outro (GE1).

O que a gente vive hoje é que a maioria das unidades básicas não têm conhecimento de alguns serviços que a policlínica oferta e que a gente percebe que os municípios não estão utilizando como por exemplo: vasectomia, pré-natal de alto risco. Está ficando ocioso (GE3).

Acho que os municípios não se sentem donos, não utilizam, não dão divulgação, não orientam a população do seu município para que seja atendida em toda a totalidade. Gente que fica esperando pra marcar, juntando dinheiro pra marcar, para fazer ressonância, que já tem. É um equipamento muito caro para ser mal aproveitado (GR3).

#### **Coordenação do cuidado**

O equipamento da policlínica foi instalado em torno mesmo de melhorar a qualidade da atenção básica, melhorar a capacidade de diagnóstico com o aumento de ofertas no nível de especialidades, vendo que os municípios não tinham acesso, não tinham garantia de ressonância, tomografia, tantos outros exames. Mas o que hoje tem acontecido é que as equipes de atenção básica têm encaminhado muito para as especialidades, tudo depende de um ultrassom, de uma tomografia. Estão deixando de fazer a prevenção (GM4).

A sensação que tenho é que a gente vai ter que reconstruir uma atenção básica, porque tudo está muito perdido. Os ACS deixam os pacientes soltos, os profissionais dizem estar cansados de ficar na unidade e não ir paciente. A luta tem sido diária, não sei se foram os próprios pacientes, os servidores que deixaram correr solto. Porque a visão do paciente aqui do município era de ir para o hospital. Lá, o médico do hospital, ao invés de ficar atendendo urgência e emergência, atendia muito mais pacientes que eram para estar na UBS. Assim, criaram um perfil de serem atendidos nos hospitais (GM6).

Segundo os gestores (GE1, GE2, GE3, GR2 e GR3), o modelo da policlínica incluí o transporte de pacientes em veículos adquiridos pelo estado, com custos de manutenção, contratação de pessoal e de combustível sob gestão do CIS.

O impacto financeiro para viabilizar a operacionalização do transporte foi considerado por alguns gestores (GE3, GR2 e GR3) como elevado e de extrema relevância financeira para o CIS. Além disso, na relação custo benefício, foi unânime a percepção positiva dessa estratégia dada a dificuldade de deslocamento à atenção especializada, envolvendo, além das questões financeiras, questões referentes à segurança do paciente durante o traslado.

As rotas para transporte dos pacientes, segundo cinco entrevistados (GE2, GE3, GR1, GR2 e GR3), foram definidas pela SESAB, e o número de vagas segue o desenho per capita, com maior oferta para municípios com maior índice populacional, conformando 17 roteiros diários, sendo que cada micro-ônibus comporta 26 vagas; com exceção ao município sede, que não tem acesso ao transporte sanitário da policlínica.

Quanto à organização do acesso ao transporte, o município tem total autonomia para definir fluxos internos e de priorização, ficando a cargo da regulação municipal agendar o transporte no momento da marcação da consulta, emitindo *ticket* de acesso ao transporte para o paciente e do acompanhante, quando necessário. Nesse sentido, seis gestores municipais (GM1, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7) afirmam seguir critérios de maior vulnerabilidade social e necessidade de saúde.

De acordo com a avaliação de dez entrevistados (GE3, GR1, GR2, GR3, GM1, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7), o transporte é de extrema relevância por facilitar o acesso do paciente ao serviço. Destes entrevistados, seis (GM1, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7) consideram as vagas do transporte insuficiente, uma vez que a oferta não segue o número de vagas ofertadas no serviço, sendo necessário que o município complemente com um outro transporte para deslocamento da população. No entanto, são identificadas situações divergentes, como a marcação das vagas de transporte superior à capacidade de lotação dos veículos, ou a subutilização, segundo quatro entrevistados (GE3, GR2 e GR3).

O tempo de permanência no serviço, para o usuário que utiliza o transporte da policlínica no serviço, é apresentado pelo GE3, como um fator que vem impactando negativamente na utilização das vagas. Muitas vezes, o usuário vem no turno da manhã e precisa aguardar o transporte até o final da tarde para retornar ao seu município e, às vezes, ainda depender de outro deslocamento para a zona rural. Por sua vez, a organização interna do serviço de recepção da policlínica segue a ordem de chegada dos ônibus. Nesse sentido, não se priorizam os pacientes por critério de maior distância geográfica, embora seja solicitado aos reguladores que

realizem marcação casada entre consultas e exames, quando possível, otimizando o deslocamento do paciente.

#### **Roteiro**

A SESAB adquiriu os veículos para transporte e elaborou o roteiro de viagens, desde a inauguração da policlínica. Tem municípios que o veículo dá duas viagens ao dia e outros somente uma, isso depende da distância e do quantitativo de pacientes. Existem roteiros compartilhados entre municípios (GE2).

#### **Agendamento do transporte**

O transporte só traz realmente pacientes da policlínica através de agendamento, então o regulador municipal quando agenda o exame, consulta ou procedimento do paciente tem por obrigatoriedade já agendar o transporte. Então, todo paciente que embarca no transporte da policlínica precisa estar agendado no roteiro de viagens. Inclusive, porque se não for agendado é denominado como carona, e não pode, é praticamente uma lei, que o veículo sanitário seja de uso exclusivo do paciente da Policlínica (GE3).

#### **Relação custo benefício**

O paciente vem com o horário agendado, tem um transporte que busca na cidade de origem, traz de forma confortável, num ambiente totalmente diferenciado daquilo que o serviço público faz no cotidiano. A gente tem noção de que o transporte nem sempre dá conta de toda a demanda do município, do agendamento. Mas mesmo assim ele tem sido efetivo. Apesar do custo para CIS esteja alto, dada a alta dos combustíveis e da manutenção, nossos carros já têm mais de quatro anos de uso. Mas na relação custo-benefício, transporte não é visto como um problema (GR2).

#### **Avaliação da gestão municipal**

O transporte da policlínica é muito bom para o município e para os pacientes. Mas é insuficiente, muitas vezes, o carro fica completo e precisamos usar algum veículo da frota municipal (GM5).

A policlínica precisa dividir toda a demanda que ela pode fornecer entre os municípios, e isso gera uma agenda extremamente organizada, com horário para o transporte. Porém, como somos um município com 11 mil habitantes, temos pouca oferta no transporte, mas é condizente com o valor que é pago entre outros municípios (GM4).

Algumas vezes, a gente tenta agendar para outros serviços que não tem o transporte e o paciente não aceita, a não ser que providenciemos o carro, e olhe que somos muito próximos de Feira de Santana. Mas preferem mesmo o serviço da policlínica, pela qualidade dos serviços e pelo acesso ao transporte (GM6).

#### **Tempo de permanência o serviço**

Estamos percebendo que os pacientes não querem vir pela manhã e ficar até o final da tarde, sendo que a consulta dele é só de tarde, os pacientes deixam de agendar, porque não querem passar o dia todo na policlínica. Hoje, a gente está percebendo que a justificativa de ausência de agendamentos de alguns municípios, os pacientes estão preferindo ser atendidos no município ou em municípios mais próximos, mas aqueles que não têm realmente renda nenhuma pra poder ter acesso à saúde, ou aqueles exames de custo mais elevados, eles agendam. Temos pedido aos reguladores que procurem marcar todos os exames para um mesmo dia (GE3).

Segundo os gestores (GE1, GE2, GE3, GR2, GR3), todo o processo de contratação dos profissionais para atuação na policlínica é realizado pelo CIS da região de Feira de Santana. Em 2018, foi realizado processo seletivo, executado pela Fundação de Apoio à Educação e Desenvolvimento Tecnológico - Fundação CEFETBAHIA, para contratação em regime

celetista de profissionais de nível médio e superior. Atualmente, as contratações de profissionais, embora seja mantido o regime da consolidação das leis do trabalho (CLT), tem ocorrido por meio de seleção simplificada com contrato temporário de um ano, renovável pelo mesmo período.

O vínculo celetista foi referenciado pelos entrevistados (GE2, GE3 e GR3) como o diferencial para atrair os profissionais médicos para atuação na policlínica, existindo profissionais com vínculo desde 2018. Porém, é citado pelos gestores (GE3 e GR3) que a contratação por meio de seleção simplificada pelo período de um ano vem gerando descontinuidade do serviço, em decorrência dos trâmites de recontração desses profissionais.

Dois entrevistados (GE1 e GR2) identificam tensionamentos para contratação de médicos via regime de pessoa jurídica. Para um gestor regional (GR2), essa seria a forma mais atrativa para estes profissionais, sendo frequentemente utilizada pelos municípios. No entanto, outro gestor estadual (GE1) argumenta que é inviável dispor desse meio de contratação, pois vem de encontro ao modelo assistencial estabelecido para a policlínica.

Quanto à carga horária dos profissionais médicos, de acordo com os gestores (GE3, GR2 e GR3), é permitido os distintos formatos: oito, doze, dezesseis e vinte horas semanais. Essa flexibilização possibilita melhor a adesão, uma vez que o profissional pode escolher a carga horária mais conveniente para atuar na policlínica. As demais categorias profissionais seguem carga horária de 40 ou 30 horas semanais.

A rotatividade de profissionais médicos e a dificuldade de contratação para determinadas especialidades, também, foi mencionado pelos entrevistados (GE2, GE3, GR2 e GR3), embora identifiquem uma maior adesão ao serviço. Para as demais categorias profissionais, estes entrevistados indicam encontrar dificuldades para contratação do profissional farmacêutico, em decorrência dos baixos salários e a exigência de cumprimento de carga horária

#### **Contratação, vínculo e carga horária**

Com relação ao vínculo empregatício, os direitos dos profissionais são sempre preservados. E a questão da carga horária, tanto para quem passou pelo CEFET, em 2018, como por seleção simplificada é no máximo 20 horas semanais, para todos os profissionais médicos é permitido quatro modalidades de carga horária: oito horas semanais, doze, dezesseis e vinte horas. O médico pode escolher a carga horária que melhor se adequa a sua disponibilidade para atuar na policlínica, definindo também os turnos na semana (GE2).

Temos vários médicos que estão desde a inauguração da policlínica, porque estão confortáveis no seu cargo, embora sejam celetistas, existe uma vinculação efetiva ao consórcio. Então, existe uma certa segurança, com seus direitos garantidos. Os médicos têm carteira assinada, têm décimo, têm férias, recebem tudo direitinho (GE2).

Atualmente, as contratações têm sido por meio de seleções simplificadas que o consórcio elabora e contrata os médicos. A gente tem percebido que está bem melhor a adesão. Que os médicos conseguem identificar uma certa organização, na questão remuneratória, e por ser um serviço onde é programado o agendamento, que não há vaga extra, não é urgência (GE3).

#### **Dificuldades de contratação**

Temos dificuldade na contratação de determinadas especialidades, pela escassez do mercado. E para alguns, pela questão salarial, apesar de ter tido um pequeno aumento agora. Todos são CLT e a gente sabe que os médicos não estão acostumados a serem contratados. O que dizem é que quando tem os descontos do INSS, Imposto de Renda, não vale a pena (GE3).

Quando vence o contato de um profissional, sempre fica um espaço grande para substituir a falta do profissional, assim, acho que se seguissemos o modelo de contratação pessoa jurídica, como a maioria das prefeituras, seria mais fácil (GR2).

A principal dificuldade é ter o profissional especialista no mercado. E agora um movimento forte de querer mudar a forma de vínculo, de celetistas, de carteira assinada, para PJ é melhor. Mas o modelo pensado para a Policlínica, exige vínculo com a unidade e cumprimento de carga horária (GE1).

Tem a dificuldade na questão salarial do farmacêutico que não paga o piso. Em um levantamento, farmacêutico na unidade fica em média três meses. Três meses com o farmacêutico, seis meses sem farmacêutico. Assim, a diretoria e assessoria técnica ficam com mais as atribuições da farmácia (GE3).

O cardápio de ofertas, segundo a GE1, segue um padrão básico para todas as policlínicas e que, embora a SESAB tenha buscado analisar quais eram as necessidades de serviços de atenção especializada, foram observadas à época, muitas similaridades, optando-se por um cardápio básico. O entrevistado complementa dizendo que é viabilizado ao consórcio a contratação de profissionais especialistas não previstos na oferta básica de serviços, de acordo com a demanda indicada pelos municípios consorciados, os recursos financeiros disponíveis, a capacidade estrutural da unidade e análise do CIS, com validação destas inclusões ou alterações mediante a aprovação em assembleia dos prefeitos.

A Policlínica deste estudo, em abril de 2023, de acordo com os registros verificados, disponibilizou dezessete especialidades médicas, quinze diferentes tipos de exames diagnósticos, quatro tipos de procedimentos de ginecologia, três procedimentos de cirurgia geral, e quatro outros tipos de procedimentos e exames, apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Consultas, exames e procedimentos ofertados em abril de 2023

<b>Especialidade Médica – Consulta com carga horária</b>	<b>Exames diagnósticos - com carga horária</b>	<b>Procedimentos de ginecologia</b>	<b>Procedimentos de cirurgia geral</b>	<b>Outros procedimentos e exames</b>
Angiologia – 20h	Colonoscopia-8h	Biópsias	Biópsias	Biópsia de próstata e de pênis.

Anestesiologia-20h	Duplex scan - Doppler de vasos -8h	Colposcopia e exéreses	Exéreses	Remoção de cerúmen
Cardiologia- 12h	Ergometria – 20h	Histeroscopia diagnóstica	Eletrocauterização	Espirometria
Cirurgião geral – 12h	Ecocardiograma – 36h			Tratamento de feridas (pé diabético)
Dermatologia- 20h	Eletrocardiograma – 40h			
Endocrinologia- 20h	Eletroencefalograma – 40h			
Gastroenterologia- 12h	Endoscopia digestiva alta- 20h			
Ginecologia/obstetrícia – 24h	Holter- 32h			
Hematologia-12h	Mamografia – 40h			
Mastologia-16h	Mapa – 32h			
Neurologia-20h	RX – 40h			
Otorrinolaringologia- 40h	Ressonância – 60h			
Oftalmologia-36h	Tomografia – 40h			
Ortopedia – 20h	Ultrassonografia -24h			
Pneumologista- 8h	Videonasofaringoscopia - 12h			
Radiologista-48h				
Urologia – 32h				

Fonte: Dados sistematizados do relatório de gestão da Policlínica, maio 2023

As consultas da equipe multiprofissional (nutrição, psicologia, enfermagem e assistência social) não são ofertadas diretamente para os municípios, atendendo à demanda interna, ou seja, apenas os profissionais da policlínica podem solicitar tais consultas.

De acordo com cinco entrevistados (GE1, GE2, GE3, GR2 e GR3), na Policlínica, a oferta de consultas e exames é sazonal, conforme quantidade de dias do mês e quantitativo de profissionais contratados. Além disso, ocorrem situações imprevistas como o adoecimento dos profissionais e quebra ou defeitos das máquinas para execução dos exames. Em ambas as situações e, de acordo com todos os gestores entrevistados, as vagas não são repostas aos municípios. Assim, a distribuição dos serviços ofertados na Policlínica ocorre de forma per capita, definida em contrato de rateio, onde cada município e de acordo com a capacidade de oferta da policlínica, tem sua cota mensal de serviços.

De acordo com os entrevistados (GE2, GE3 e GR2), não são consideradas para operacionalização nos municípios as interconsultas com profissionais, uma vez que essas consultas não são ofertadas diretamente para os municípios, a demanda por elas acontece internamente, ou seja, são direcionadas pelos profissionais médicos da Policlínica.

Foi relatado por cinco entrevistados (GE1, GE2, GE3, GR1, GR2 e GR3), a não utilização adequada dos serviços ofertados por parte dos municípios consorciados. Uma vez

que o quantitativo de vagas não utilizadas é expressivo. Ainda que, de acordo com esses entrevistados, existam metas contratuais que devem ser alcançadas pela Policlínica, segundo o GR2, o não alcance das metas não traz impacto a policlínica, uma vez que diferentes fatores como absenteísmo do usuário e marcação incorreta nas centrais de regulação municipais, independem do serviço da policlínica. Por sua vez, segundo o GE3, a policlínica encaminha a cada trimestre ao conselho consultivo de apoio à gestão um relatório de aproveitamento de vagas, como também é enviado por email a cada secretário de saúde de município consorciado. Sendo apresentado nos quadros 8, 9, 10, 11 e 12 dados referentes aos indicadores de produção da policlínica do ano de 2022 e primeiro trimestre de 2023, que correlacionam os serviços ofertados, agendados e realizados, avaliados trimestralmente com meta proposta para alcance de 100%.

Quadro 8 - Indicadores de produção 1º trimestre de 2022

<b>INDICADORES DE PRODUÇÃO E RESULTADOS</b>				
<b>PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2022</b>				
<b>INDICADORES</b>				<b>UN %</b>
1	Taxa de pacientes com acesso mensal aos procedimentos especializados através do sistema de regulação	<b>Total Procedimento atendido</b>	<b>Total Agendado SIGES</b>	71,30%
		313	439	
2	Taxa de oferta de consultas médicas especializadas contratadas	<b>Consultas Ofertadas</b>	<b>Total Pactuado</b>	61,31%
		10.809	17.631	
2	Taxa de exames ofertados em relação aos serviços pactuados	<b>Serviço Ofertado</b>	<b>Serviço Pactuado</b>	90,05%
		17.392	19.314	
3	Taxa de consultas médicas especializadas executadas em relação as agendadas	<b>Consultas Executadas</b>	<b>Consultas Agendadas</b>	75,27%
		7.260	9.645	
3	Taxa de exames executados em relação aos agendados	<b>Exames Executados</b>	<b>Total Agendados</b>	73,60%
		10.383	14.108	
4	Taxa de consultas médicas especializadas em relação às ofertadas	<b>Consultas Executadas</b>	<b>Total Ofertadas</b>	67,17%
		7.260	10.809	
4	Taxa de exames executados em relação aos ofertados	<b>Exames Executados</b>	<b>Exames Ofertados</b>	63,67%
		10.383	16.307	

Fonte: SIGES, abril 2022.

Quadro 9 - Indicadores produção 2º trimestre 2022

<b>INDICADORES DE PRODUÇÃO E RESULTADOS</b>				
<b>PERÍODO DE ABRIL A JUNHO DE 2022</b>				
<b>INDICADORES</b>				<b>UN %</b>
1	Taxa de pacientes com acesso mensal aos procedimentos especializados através do sistema de regulação	<b>Total Procedimento atendido</b>	<b>Total Agendado SIGES</b>	59,91%
		254	424	
2		<b>Consultas Ofertadas</b>	<b>Total Pactuado</b>	56,94%

	Taxa de oferta de consultas médicas especializadas contratadas	9.566	16.800	
	Taxa de exames ofertados em relação aos serviços pactuados	<b>Serviço Ofertado</b> 17.449	<b>Serviço Pactuado</b> 22.467	77,67%
3	Taxa de consultas médicas especializadas executadas em relação às agendadas	<b>Consultas Executadas</b> 6.805	<b>Consultas Agendadas</b> 8.991	75,69%
	Taxa de exames executados em relação aos agendados	<b>Exames Executados</b> 10.018	<b>Total Agendados</b> 13.732	72,95%
4	Taxa de consultas médicas especializadas em relação às ofertadas	<b>Consultas Executadas</b> 6.805	<b>Total Ofertadas</b> 9.566	71,14%
	Taxa de exames executados em relação aos ofertados	<b>Exames Executados</b> 10.018	<b>Exames Ofertados</b> 16.500	60,72%

Fonte: SIGES, julho 2022.

Quadro 10 - Indicadores produção 3º trimestre 2022

INDICADORES DE PRODUÇÃO E RESULTADOS				
PERÍODO DE JULHO A SETEMBRO DE 2022				
INDICADORES				UN %
1	Taxa de pacientes com acesso mensal aos procedimentos especializados através do sistema de regulação	<b>Total Procedimento atendido</b> 268	<b>Total Agendado SIGES</b> 337	79,53%
	Taxa de oferta de consultas médicas especializadas contratadas	<b>Consultas Ofertadas</b> 14.195	<b>Total Pactuado</b> 19.135	74,18%
2	Taxa de exames ofertados em relação aos serviços pactuados	<b>Serviço Ofertado</b> 17.535	<b>Serviço Pactuado</b> 19.476	90,03%
	Taxa de consultas médicas especializadas executadas em relação às agendadas	<b>Consultas Executadas</b> 8.212	<b>Consultas Agendadas</b> 10.498	78,22%
3	Taxa de exames executados em relação aos agendados	<b>Exames Executados</b> 9.072	<b>Total Agendados</b> 13.916	65,19%
	Taxa de consultas médicas especializadas em relação às ofertadas	<b>Consultas Executadas</b> 8.212	<b>Total Ofertadas</b> 14.195	57,85%
4	Taxa de exames executados em relação aos ofertados	<b>Exames Executados</b> 9.072	<b>Exames Ofertados</b> 16.762	54,12%

Fonte: SIGES, outubro 2022.

Quadro 11 - Indicadores produção 4º trimestre 2022

INDICADORES DE PRODUÇÃO E RESULTADOS				
PERÍODO DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2022				
INDICADORES				UN %
1	Taxa de pacientes com acesso mensal aos procedimentos especializados através do sistema de regulação	<b>Total Procedimento atendido</b> 122	<b>Total Agendado SIGES</b> 216	56,48%
	Taxa de oferta de consultas médicas especializadas contratadas	<b>Consultas Ofertadas</b> 11.581	<b>Total Pactuado</b> 17.631	65,69%

	Taxa de exames ofertados em relação aos serviços pactuados	<b>Serviço Ofertado</b>	<b>Serviço Pactuado</b>	70,85%
		13.197	18.627	
3	Taxa de consultas médicas especializadas executadas em relação às agendadas	<b>Consultas Executadas</b>	<b>Consultas Agendadas</b>	69,84%
		5.295	7.582	
	Taxa de exames executados em relação aos agendados	<b>Exames Executados</b>	<b>Total Agendados</b>	70,21%
		7.628	10.865	
4	Taxa de consultas médicas especializadas em relação às ofertadas	<b>Consultas Executadas</b>	<b>Total Ofertadas</b>	45,72%
		5.295	11.581	
	Taxa de exames executados em relação aos ofertados	<b>Exames Executados</b>	<b>Exames Ofertados</b>	58,02%
		7.268	12.526	

Fonte: SIGES, janeiro 2023.

Quadro 12 - Indicadores produção 1º trimestre 2023

<b>INDICADORES DE PRODUÇÃO E RESULTADOS</b>				
<b>PERÍODO DE JANEIRO A MARÇO DE 2023</b>				
<b>INDICADORES</b>				<b>UN %</b>
1	Taxa de pacientes com acesso mensal aos procedimentos especializados através do sistema de regulação	<b>Total Procedimento atendido</b>	<b>Total Agendado SIGES</b>	71,30%
		313	439	
2	Taxa de oferta de consultas médicas especializadas contratadas	<b>Consultas Ofertadas</b>	<b>Total Pactuado</b>	61,31%
		10.809	17.631	
	Taxa de exames ofertados em relação aos serviços pactuados	<b>Serviço Ofertado</b>	<b>Serviço Pactuado</b>	90,05%
		17.392	19.314	
3	Taxa de consultas médicas especializadas executadas em relação às agendadas	<b>Consultas Executadas</b>	<b>Consultas Agendadas</b>	75,27%
		7.260	9.645	
	Taxa de exames executados em relação aos agendados	<b>Exames Executados</b>	<b>Total Agendados</b>	73,60%
		10.383	14.108	
4	Taxa de consultas médicas especializadas em relação às ofertadas	<b>Consultas Executadas</b>	<b>Total Ofertadas</b>	67,17%
		7.260	10.809	
	Taxa de exames executados em relação aos ofertados	<b>Exames Executados</b>	<b>Exames Ofertados</b>	63,67%
		10.383	16.307	

Fonte: SIGES, abril 2023.

De acordo com os entrevistados (GM1, GM3, GM4, GM5, GM6 e GM7) tem sido implementado movimentos para reduzir a questão das vagas perdidas e das vagas ociosas, por parte de suas gestões municipais. A gestão da policlínica também tem buscado, por meio de visitas e reuniões com os municípios, reduzir a ociosidade das vagas, de acordo com o GE3.

Segundo os gestores (GE2, GE3, GR1, GR3 e GR4), tem sido realizado mutirões, buscando atender as solicitações de aumento de oferta para determinadas consultas com especialistas e exames, por solicitação das gestões municipais. Por sua vez, para todos os entrevistados do âmbito municipal consideram ser necessário ampliar a oferta de determinados

exames e consultas de maior densidade tecnológica (e mais caros), e de incluir novas especialidades no rol de oferta, sendo que, para os gestores dos municípios estratificados com intermediário adjacente, poderia reduzir o quantitativo de determinados serviços dada a oferta destes em seus próprios territórios, conquanto para os municípios rurais adjacentes, a oferta deve ser ampliada em sua totalidade.

Com maior necessidade de ampliação da oferta de vagas, foram indicados por todos os entrevistados da gestão municipal, a ressonância magnética (com e sem contraste) e tomografia; e, no campo das consultas com especialistas, indicam a neuropediatria.

#### **Cardápio de ofertas**

A princípio, a gente pensou em mapear pelo SIA/SUS, criamos um mapa mostrando ao governador que categorias médicas tinha disponível na região, quando a gente chegou à conclusão que não tinha diferença, faltava tudo em todas. Resolvemos sair com o cardápio básico, e incluímos três categorias que era chamado reserva, que era infectologista, pneumologista e dermatologista. E tem a possibilidade de negociação a mudança de perfil da policlínica, incluindo outras especialidades. Para isso, é preciso a análise financeira, porque o dinheiro é redondo, e aí quando bota mais categorias médica, aumenta o custeio, e precisa da aprovação dos prefeitos, além de ter a necessidade de avaliar se a estrutura física comporta (GE1).

#### **Oferta mensal**

Temos plenamente acesso a tudo que é ofertado. Dentro da medida do possível, porque a gente também conta com o adoecimento dos profissionais e com a quebra de equipamentos, que são situações que não se pode prever (GM4).

Mensalmente, a gente faz uma estimativa do que a policlínica vai ofertar [...] em relação a exames, procedimentos e consultas. Faz o levantamento geral do quantitativo e distribui aos municípios de forma per capita. Como é um consórcio onde foi assinado previamente um contrato de rateio entre os municípios, então consequentemente essas vagas também são ofertadas seguindo a previsão do contrato. Então, os municípios com maior quantidade de habitantes recebem mais vagas mensalmente (GE2).

#### **Meta**

Há um esforço da gestão da policlínica de tentar fazer 100% de tudo aquilo que é disponibilizado. Mas se formos analisar os dados, a gente sabe que nunca chega diariamente a 100% do que foi mercado. Às vezes, por conta das pessoas que por algum motivo não comparecem, por falta de transporte, por falhas da regulação. Enfim, há um conjunto de motivos que não dependem da policlínica (GR2).

Trimestralmente, é apresentado em reunião do Conselho Consultivo de Apoio à Gestão, o impacto de aproveitamento das vagas, os relatórios de satisfação dos usuários, relatório de satisfação dos funcionários e o índice de aproveitamento trimestral da policlínica. E encaminhamos também por email aos secretários municipais de saúde e aos prefeitos, esses relatórios (GE3).

#### **Mutirões**

A expectativa dos municípios é que sempre se aumente a oferta, com novos serviços e que sejam ampliados os serviços existentes. Sabemos que existe muita demanda reprimida, principalmente pós-pandemia na área de imagens e isso a gente percebe e não consegue nunca zerar fila. Por mais que se façam mutirões de fato tem especialidades a ser ampliada e tem novas áreas que vem com demanda das secretarias municipais de saúde e que a gente não consegue atender (GR2).

### **Aumento de oferta e novas ofertas**

Precisa olhar para a demanda. O que que realmente se precisa? Acho que a policlínica precisa ofertar mais aquilo que tem demanda maior, e ver o que não tem tanta demanda e que não tem aproveitamento dos municípios. Acho que vale a pena reavaliar. O município não está marcando tais especialidades digamos assim, vamos reduzir, ou vamos trocar esse serviço por outro, porque, às vezes, são situações que a gente já oferta aqui (GM5).

A quantidade é bem pequena, a gente sabe que são poucas vagas para esse serviço específico da Policlínica, e como município pequeno a gente precisa de mais vagas do que é ofertado (GM3).

Para todos os entrevistados, a policlínica da região de saúde de Feira de Santana trouxe como avanço mais relevante, a oferta de consultas, exames e procedimentos de atenção especializada, tendo ampliado a capacidade dos municípios em prover o acesso, não somente no sentido quantitativo, mas com a inserção de oferta assistencial que não existia na rede pública regional. Para o entrevistado (GM3), antes da policlínica, a única forma de conseguir o acesso à AE na rede pública era por meio da PPI, ou ambulatório da rede estadual. Mesmo para os municípios de maior porte populacional e aporte financeiro, a policlínica ampliou a capacidade de oferta.

Outros aspectos positivos, citados por seis entrevistados (GM1, GM3, GM4, GM5 e GM6) foram: estrutura física, higienização, cordialidade da gestão e dos profissionais, fluxo de atendimento, agendamento prévio e transporte sanitário.

Dois entrevistados (GM1 e GM3) apontam que a clareza na distribuição da oferta de vagas de forma per capita e a garantia da vaga por meio de sistema informatizado, mitiga a interferência político partidário, dando autonomia ao município para organizar sua demanda.

Ainda foi citado por três entrevistados (GE2, GR1 e GR3), a garantia de direitos trabalhistas, como um avanço que possibilita a maior vinculação dos profissionais médicos.

### **Avanços**

O projeto da policlínica é excelente, veio para ajudar os municípios pequenos. Os nossos pacientes que utilizam o serviço, elogiam bastante a estrutura física e os profissionais. Não temos nenhum tipo de problema com o atendimento e com a gestão (GM7).

Ampliou o acesso, abriu o acesso das questões ambulatoriais, ajudou muito os municípios. Hoje em dia, a gente tem com quem conversar sobre o paciente oncológico que precisa fazer uma ressonância mais urgente, precisa passar por um especialista. Tem alguns procedimentos que também são feitos na policlínica que só tínhamos oferta na rede privada (GM4).

Se não tivesse a policlínica para atender algumas especialidades que o município não tem, a gente não teria condições de dar conta da demanda (GM6).

O principal avanço é que hoje o município tem uma referência, tem um lugar, um centro especializado para encaminhar o paciente, com qualidade no serviço,

organização, agendamento com hora e data marcada, atendimento de excelentes profissionais e transporte (GR2).

A policlínica tem a questão igualitária, onde a distribuição de vagas é per capita: o município tem X consulta, e utiliza de acordo com as normas do município. O município vai pagar um pouco mais para ter direito, mas não vai ter diferenciação, de dizer: não vou atender fulano ou sicrano que é do lado A ou do lado B (GM1).

Conseguimos avançar com algumas contratações, a policlínica desta região está no pódio de ofertas e de produção. A equipe gestora, a equipe assistencial, a diretoria médica, a assessoria tem buscado muito, e conseguimos contratar muita gente, falo de especialistas. Contando também com a forma de contratação com garantia de direitos, que vem ajudando no convencimento a adesão dos profissionais (GE3).

Embora tenha sido considerado como avanço significativo, a oferta de serviços da policlínica, para todos os gestores municipais entrevistados, independente da tipologia do município, ainda há uma grande necessidade de aumentar quantitativamente a oferta de vagas e reavaliar o cardápio dos serviços ofertados.

Reduzir o índice de vagas ociosas e perdidas, segundo os entrevistados (GE2, GE3, GR1, GR2 e GR3), constitui-se em um dos maiores desafios para este serviço, promovendo uma utilização adequada deste serviço.

Quanto a relação entre o CIS e a Policlínica, três entrevistados (GE2, GE3 e GR1) observam o afastamento da SESAB com relação ao CIS, que vem acontecendo no decorrer do tempo, resultando em uma maior autonomia do CIS na tomada de decisões, interferindo na condução dos processos assistenciais da gestão da policlínica, atrasos em licitações e contratação de profissionais.

Para quatro entrevistados (GE1, GE3, GR2 e GR3), é preciso avançar no grau de entendimento de alguns gestores sobre o funcionamento e perfil assistencial da policlínica, pois, antagonicamente, alguns interpretam como algo que podem dispor da forma que desejar, conquanto, outros não tem nenhum grau de pertencimento, interpretando como um serviço da rede própria do governo estado.

Dada a produtividade da policlínica, segundo três entrevistados (GE2, GE3 e GR1), o quantitativo de funcionários, técnico e administrativo, é insuficiente para atender a demanda do serviço, resultando em atrasos no resultado de exames, no atendimento ao paciente, ocasionando filas na recepção e interferindo no andamento do serviço como um todo.

Ainda sobre o quantitativo de funcionários, de acordo com cinco entrevistados (GE2, GE3, GR1, GR2 e GR3), o CIS também possui um quadro reduzido, composto pelo diretor financeiro, o diretor administrativo, um assistente administrativo e o presidente, correspondendo ao mesmo número de funcionários de outros consórcios menores. Assim, para os entrevistados (GE2, GE3, GR1 e GR3) é desafiador manter a qualidade do serviço,

especialmente no que diz respeito à contratação de profissionais para atuação na policlínica, bem como a realização de processos licitatórios para compra de insumos.

Em se tratando de um equipamento com produção assistencial para 29 municípios, para os entrevistados (GE2, GE3, GR1, GR2, GR3, GM4, GM6 e GM7), o envelhecimento da frota de transportes e o desgaste dos equipamentos resultam em quebras que acontecem com certa frequência, tornando-se um desafio para a operacionalização do serviço.

#### **Desafios e dificuldades**

Os processos melhoraram, facilitou o acesso, mas a gente tem a questão de especialidade dentro da Bahia, também há uma deficiência. A exemplo da cardiologia, que a gente ficou um ano sem cardiologista (GM1).

O consórcio funciona de uma forma muito reduzida e isso traz alguns entraves para policlínica. Atualmente, o consórcio funciona apenas com o diretor executivo, diretor administrativo, um assistente administrativo, que tem que fazer toda a parte de licitação, contratações, a parte de RH. Então, acaba atrasando as contratações e os processos licitatórios (GE3).

A SESAB sempre instrui de como percorrer o caminho, tira as dúvidas, orienta. Mas percebemos a fragilidade, de que hoje em dia a SESAB não tem mais aquele pulso junto aos consórcios, quanto aquilo que foi desenhado. E assim, estou percebendo que a SESAB está perdendo um pouco o controle, e que isso vem interferindo no serviço da policlínica. Esse maior poder do consórcio tem levado a dificuldade de comunicação e no andamento de processos de contratação e licitação (GE3).

A policlínica em Feira de Santana é a que mais produz dentro da Bahia, mas temos praticamente o mesmo número de funcionários das demais policlínicas. Por vezes, temos atraso na entrega de resultados de exames, o check-in na recepção atrasa, temos dias de ter 600 pacientes na recepção. Aumentamos em um técnico em enfermagem, um assistente administrativo e um técnico em radiologia, mas somente porque quando aumentou o número de ressonâncias, assim continuamos com déficit de pessoal seja técnico, administrativo e da assistência (GE3).

A dependência da policlínica em aguardar a execução pelo consórcio também nos traz atrasos e entraves, são pessoas que entendem tudo sobre gestão, mas entendem muito pouco sobre saúde (GE3).

O maior desafio é a questão da otimização do uso das vagas. Aquele município que agenda o exame, o carro, em que existe toda a dificuldade de acesso, e não monitora o paciente. Os municípios precisam se organizar para garantir a vinda do paciente, ou em tempo desmarcar esse paciente e colocar outro no lugar ou ceder a vaga para um outro município vizinho que ele tinha contato. Mas que não perca a chance de utilizar aquela cota. Isso vem acontecendo em mais de 40% das vagas marcadas e isso de fato é um desperdício de dinheiro público, porque você tem um profissional aguardando, tem um equipamento parado, outros ficam na fila aguardando acesso (GR1).

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados indicaram que as fragilidades nos processos de governança regional vêm comprometendo a regionalização da saúde na região. O fortalecimento de uma rede regionalizada, extremamente necessária a resolução de problemas comuns, fica delegada a segundo plano, uma vez que, as demandas individuais adquirem maior destaque do que as demandas coletivas, com pouco ou nenhum sentimento de pertencimento e amadurecimento nos debates sobre questões de interesse regional, permeado pela interferência de atravessamentos políticos partidários e pouca autonomia dos gestores de saúde quanto ao chefe do executivo municipal. Nessa perspectiva, Santos e Assis (2017) avaliam que a regionalização da saúde na Bahia vem sendo um processo complexo, que envolve diferentes sujeitos com distintos graus de governabilidade e interesses, por vezes, divergentes ou conflitantes, podendo interferir na construção de instâncias regionais efetivas, capaz de determinar uma governança regional fortalecida.

Embora seja reconhecido a importância da CIR como espaço de discussão e deliberação de temas relevantes para a região de saúde, envolvendo situações específicas da realidade local, há uma subutilização desse espaço, sendo que, fatores como desconhecimento técnico e pouca aproximação com a pauta da saúde dos gestores, vem implicando na descaracterização do espaço. Aspectos estes encontrados por Santos e Giovanella (2014), que apontam como a fragilização da participação dos gestores locais em CIR influenciou de forma pouco propositiva na definição de políticas regionais e fortalecimento da governança regional.

Acerca da agenda de construção de uma rede regionalizada de saúde, os resultados alcançados indicam que o estado tem um papel fundamental, mas vem perdendo força como agente articulador e de suporte técnico aos municípios, dada a fragilização de profissionais do núcleo regional de saúde, ainda que a presença dos técnicos vinculados a estes núcleos represente para os municípios da região o principal suporte técnico para diferentes demandas. Nessa perspectiva, o estudo de Oliveira *et al.* (2021) sinaliza que o estado da Bahia, embora tenha galgado passos importantes no processo de regionalização, torna-se contraditório a estratégia adotada a partir da reforma administrativa estabelecida em 2014, induzindo uma centralização da regionalização, a partir da consecução dos núcleos regionais de saúde, que passaram a abarcar extensas dimensões territoriais, que em si, vem reduzindo o protagonismo do estado nas regiões de saúde e enfraquecendo a articulação do planejamento regional e estruturação de uma rede de saúde solidária.

Diante do cenário de redução da capacidade de atuação da SESAB no espaço regional, o COSEMS, representado por um apoiador na região de saúde, poderia ser um ente técnico de reforço a regionalização, dada a capilaridade e maior poder de interlocução junto aos gestores municipais da saúde; no entanto, seu papel tem sido mais restrito ao suporte de informações e normativas. Por sua vez, Shimizu *et al.* (2017) identificam a atuação do COSEMS nos estados de Mato Grosso do Sul, Paraná, Ceará, Tocantins e Minas Gerais, como balizadora da regionalização, sem, no entanto, reduzir a importância da participação de todos os entes envolvidos no processo, reforçando o papel do estado na condução do planejamento regional.

A PPI, como ferramenta de planejamento, regionalização e oferta de serviços, não tem sido um mecanismo de garantia de acesso, dada a ausência de mecanismos efetivos de controle, regulação, avaliação, diálogo e análise prévia da capacidade instalada. Esse resultado coincide com o estudo de Moreira e Tamaki (2017), em oito municípios sul-mato-grossenses, reforçando que a PPI necessita avançar no enfrentamento de problemas que comprometem sua efetividade, para assim garantir um maior acesso aos usuários.

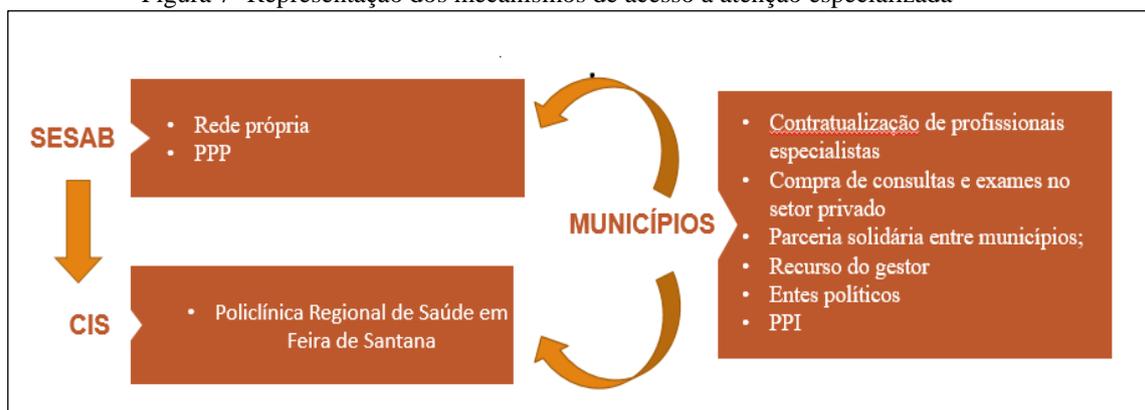
Foram identificadas agendas de estruturação do planejamento regional articulada pelo estado, numa perspectiva ascendente, envolvendo gestores municipais e regionais, num movimento de construção do PRI e ampliação da oferta de atenção especializada e hospitalar. No entanto, ainda se faz necessário o fortalecimento dos espaços de governança regional, sendo ratificado no estudo de Medeiros e Saldanha (2017), em região de saúde do Rio Grande do Sul, onde foram identificadas potencialidades nas agendas de construção do PRI, no sentido de fomentar o apoio mútuo entre gestões municipal e estadual, no entanto, a fragilidade de governança regional, trouxeram poucos avanços no fortalecimento da região de saúde.

Ainda que o processo de implementação do CIS Portal do Sertão tenha seguido etapas constitutivas delineadas por documentos previstos na legislação dos consórcios públicos federal e estadual, a sua conformação para posterior implantação da policlínica nesta região de saúde, não incorreu em etapas prévias de discussão regional e envolvimento de atores locais regionais efetivamente ligados à saúde, como gestor do núcleo regional de saúde e secretários municipais de saúde. Nesse caso foi apresentando um certo grau de similaridade com o processo de implantação dos consórcios no estado do Ceará, conforme estudo de Julião e Olivieri (2020), que identificou a condução centralizadora do ente estadual. Contudo, com a inclusão da participação dos coordenadores regionais do estado, sem contanto contar com representantes dos municípios. Seguido, como nos resultados encontrados neste estudo, de agendas políticas com o executivo municipal, para convencimento e estruturação dos consórcios.

No estudo realizado, após a conformação do CIS, deu-se a inclusão e conseqüente corresponsabilização dos secretários municipais de saúde e coordenador de núcleo, nas agendas de pactuação das ações e serviços da Policlínica. Porém, a interface com a CIR, conforma-se em uma agenda pontual, de repasse de informações e solicitações que envolve os serviços da policlínica, sendo a assembleia de prefeitos, o espaço de tomada de decisões, conformando sobreposição entre o espaço de discussão e de deliberação da região e a estrutura de pactuação do CIS. Ainda que Julião e Oliveira (2020) tenham, também, identificado em estudo no estado no Ceará, que os atores com capacidade de discussão e tomada de decisão são os mesmos que, por sua vez, ocupam os espaços de governança regional e de negociação no CIS, a CIR representa o espaço de discussão e pactuação no âmbito do consórcio e policlínica, e a assembleia de prefeitos tem sido um espaço de deliberação burocrático.

Além disso, o estudo revelou a existência de diferentes mecanismos utilizados pelos municípios para prover acesso à atenção especializada (Figura 7): cotas de serviços por meio da PPI, compra de serviços no setor privado, contratação de profissionais médicos especialistas para atuação na rede municipal, além dos serviços ofertados pelo estado e policlínica regional. Embora sejam formuladas estratégias na busca pela garantia de acesso aos usuários, a AE continua sendo um entrave na região de saúde, agravado pela maior concentração de serviços no município sede, tanto de oferta pública quanto privada. Solla e Chioro (2011) identificam a AE como um dos maiores problemas do SUS, dada a ofertas assistenciais insuficientes e/ou desigualmente distribuídas, bem como de seus modos de financiamento, organização, gestão do acesso e funcionamento.

Figura 7- Representação dos mecanismos de acesso à atenção especializada



Fonte: Elaboração própria, 2023

Outra questão apontada pelo estudo, refere-se à carência de especialistas em determinadas áreas, traduzindo-se em vazios assistenciais as especialidades de neuropediatria,

neurologia, urologia e reumatologia; e os exames de maior densidade tecnológica, ressonância e tomografia, especialmente os de alto custo. Em contraponto, é constatada a expansão do setor privado, com implantação de clínicas em municípios de maior porte populacional. Quanto aos prestadores privados, foi sinalizado uma maior dependência do município sede por estes prestadores, na conformação de sua rede assistencial. Por sua vez, Straub *et al.* (2021), em estudo comparativo sobre a expansão dos serviços de AE no estado do Paraná e no Brasil, demonstraram a expansão do setor privado na oferta de exames de maior densidade tecnológica e de consultas com especialistas, indicando uma tendência do setor público em assumir um caráter complementar em relação ao privado.

Na mesma direção, Paim *et al.* (2011) identificam uma certa preferência do setor privado para oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, em locais com maior desenvolvimento socioeconômico, estabelecendo uma lógica que privilegia os critérios de oferta de procedimentos sem considerar as necessidades e o perfil epidemiológico da população, ocasionando longas filas de espera por serviços e atendimentos. Outrossim, Santos e Giovanella (2016) associam a escassez de profissionais à indisponibilidade de oferta de vagas na AE.

Nesse estudo, a demanda por serviços de AE, vem sendo encaminhada tanto pelo serviço público, quanto privado. Coexistindo uma demanda reprimida por serviços especializados, somada a uma demanda crescente, agravada por solicitações que desconsideram protocolos clínicos e regulatórios, produzindo um certo grau de disparidade entre a oferta, a demanda e a necessidade real; uma vez que nem toda demanda representa uma necessidade, e nem toda necessidade conforma-se em demanda atendida. O uso das tecnologias em saúde disponíveis, onde a demanda é orientada pela oferta, foi identificada por Mendes (2019) como um fenômeno relacionado à assimetria entre profissionais, usuários e prescritores de serviços, na qual, a gestão da oferta é coordenada pelos prestadores, e estruturada por interesses políticos e dos prestadores.

A insuficiência da oferta de serviços de AE traz como consequência a formação de lista de espera, em formato de planilhas ou anotações, formuladas e acompanhadas pelos técnicos da central de regulação municipal, que ficam responsáveis pelo acompanhamento dos sistemas de marcação e agendamento dos pacientes. Essas centrais, em sua maioria, estão implantadas nas secretarias municipais de saúde. A análise de priorização de situações clínicas para agendamento é realizada por técnicos reguladores, por meio dos relatórios emitidos pelos profissionais solicitantes, que ainda sofre com a interferência de atravessamentos políticos. Segundo Goldwasser *et al.* (2018), a priorização de um paciente em uma lista de espera não é

um processo simples, e deve ser regido pela análise da condição clínica do paciente, sendo imprescindível que mecanismos, como: protocolos de regulação, classificação de risco e fluxos referenciais sejam adotados no processo regulatório.

Ainda que os gestores busquem ofertar serviços de AE em seus territórios municipais, por meio da contratualização de profissionais e/ou compra direta em clínicas, esse estudo coloca em evidência a dependência e o baixo poder de negociação entre gestores e os prestadores privados, imperando uma lógica de mercado baseada no preço e na quantidade de serviços ofertados, com prejuízo aos municípios de menor porte populacional, que detém menor recurso para despesas com saúde. Nesse sentido, Giovanella *et al.* (2018) analisam a insuficiente regulamentação do setor público sobre o setor privado e um maior incentivo financeiro ao setor privado, gerando desafios para implantação de serviços em conformidade com as normativas do SUS, que considerem a equidade, a territorialização, e o planejamento de ofertas com garantia de acesso a todas as populações, em especial as de maior vulnerabilidade.

Essa pesquisa destaca, ainda, questões complexas que interferem no acesso a AE, na região de saúde: a existência de desproporcionalidade ante a oferta e a demanda (número insuficiente de profissionais especialistas em áreas específicas, distribuição desigual dos serviços no âmbito do território regional, demanda reprimida e encaminhamentos em excesso aos serviços de AE); fragilidades no processo regulatório (clareza e compreensão de protocolos clínicos e questões organizacionais), recursos financeiros; resolutividade e continuidade do cuidado na APS. Conill *et al.* (2011) ressaltam, em estudo realizado em Madri, que uma maior integração entre a APS e a atenção especializada pode ampliar a capacidade de resolutividade da APS e reduzir os tempos de espera por serviços de AE. Nesse estudo, os mecanismos de referência e contrarreferência foram reconhecidos como pouco efetivos. No entanto, Silva *et al.* (2018) identificam que referência e contrarreferência são instrumentos indispensáveis para o cuidado em saúde, capazes de possibilitar atenção de qualidade para atender à necessidade de saúde dos pacientes, conformando um caráter continuado, sem fragmentar a assistência à saúde.

Ademais, o agendamento para os serviços assistenciais da policlínica regional em Feira de Santana é totalmente regulado pelo SIGES, a partir da disponibilização de vagas pelo setor de assessoria do estabelecimento, seguindo-se o aprazamento pelos pacientes nas centrais municipais de regulação, pelos técnicos reguladores. A princípio, é um processo simples, que permite ao município total gerenciamento sobre as vagas ofertadas, mas que envolve aspectos técnicos e operacionais de âmbito municipal que ultrapassam os limites do sistema, tais como: conhecimento sobre a área de saúde, alta rotatividade dos técnicos das centrais municipais de regulação e interferência política sobre a governabilidade dos reguladores municipais.

Quanto à regulação assistencial, foram apresentados como fatores que trazem algum grau de dificuldade: a inexistência de um setor específico para as atividades de regulação na policlínica, com sobrecarga de atribuições para a equipe de assessoria; impossibilidade de bloqueio de vagas para consultas de retorno do paciente, sendo necessário que o usuário retorne à central de regulação municipal, para acesso a nova consulta ou serviço. A existência de mecanismo via SIGES, de doação ou permuta de vagas entre municípios, por desistência ou não agendamento, articuladas em grupos de WhatsApp, foi apresentado como um aspecto positivo, possibilitando a solidariedade entre os entes municipais. No entanto, a realização dessas alterações precisa de registros e critérios melhor definidos, que garantam o controle e clareza das permutas realizadas. Almeida *et al.* (2022) apontam que o SIGES delimita os fluxos assistenciais para acesso aos serviços da policlínica, reduzindo interferências políticas no acesso a AE.

A distribuição das cotas dos serviços disponibilizados pela policlínica e vagas para transporte dos usuários segue a orientação do contrato de rateio, sendo de forma per capita. Por sua vez, Almeida *et al.* (2022) sinalizam que o critério per capita traz prejuízos para alguns municípios em decorrência da base de dados populacional considerar o censo de 2010. A organização da demanda segue critérios estabelecidos por cada gestão municipal, sendo pontos convergentes a elaboração de lista de espera (planilhas e registro escritos), e critério de priorização para pacientes oncológicos ou com necessidades de saúde com maior urgência.

Nos municípios, a busca pelo agendamento é realizada pelo usuário, de posse de encaminhamento por profissional da rede pública ou privada do município. Alguns municípios relataram a disponibilização de vagas para UBS, mas em sua maioria o agendamento ocorre apenas na central de regulação municipal, sendo também identificada a marcação em data específica, com formação de filas para agendamento. Almeida *et al.* (2010) identificaram que a informatização e descentralização de ações regulatórias para UBS e adequado monitoramento das filas de espera trouxeram resultados positivos no sentido de integralizar a rede assistencial, ainda que, nos municípios estudados, persistam dificuldades para agendamento com especialidades (consultas e procedimentos).

Tomando por base os resultados apresentados neste estudo, nos quais a APS é reconhecidamente o espaço de atenção com maior poder de resolução das demandas de sua população adscrita, e posicionada como o elo entre o paciente, suas necessidades em saúde e os serviços disponíveis na policlínica. A ausência de acompanhamento do paciente pela equipe (agendamento, orientações quanto ao preparo para exames e datas do agendamento); processos de referenciamento inexistentes ou com pouco detalhamento da situação de saúde que

inviabilizam o contrarreferenciamento; e, a inobservância dos protocolos clínicos para encaminhamento, tendem a fragilizar a coordenação do cuidado pela APS.

A inexistência de prontuário eletrônico compartilhado entre profissionais da policlínica e de unidades de saúde impossibilita o acompanhamento da história clínica do paciente. Sob essas questões, Santos e Giovanella (2016, p. 61) argumentam que:

Os fluxos comunicacionais incipientes entre os diferentes pontos da rede não viabilizam a coordenação do cuidado por profissionais da APS. Sendo assim, a participação das EqSF na regulação do acesso aos serviços especializados é coadjuvante, posto que a priorização é fruto de uma contingência na oferta que, aliada à incipiência de instrumentos para continuidade informacional não contempla a coordenação entre níveis nem a gestão clínica. Tais situações corroboram uma rede fragmentada, uma APS ocupando uma posição marginal e equipes com restrições para coordenar o cuidado.

O transporte sanitário foi apresentado como um elemento facilitador do acesso aos pacientes, ainda assim, a quantidade de vagas disponibilizadas aos municípios foi considerada insuficiente, coexistindo a necessidade de complementar o transporte, com veículos que integram a frota municipal (contratados ou de propriedade do município). O tempo de espera dos pacientes para retorno ao município e o envelhecimento da frota da policlínica, que gera um custo elevado com manutenção, e a alta dos combustíveis, foram elementos considerados desafiadores, no contexto da efetividade do serviço de transporte.

Assim, a análise da extensão territorial e do número de municípios consorciados aos quais a Policlínica oferta serviços (29 municípios), correlacionando com roteiros e vagas disponibilizadas, são elementos que precisam ser melhor avaliados no sentido de ampliar o acesso ao transporte e minimizar o número de vagas perdidas no serviço. Almeida *et al.* (2022) avaliaram que o intervalo de tempo entre saída e retorno dos veículos aos municípios traz algum impacto sobre o serviço e implica na satisfação do usuário, identificando a necessidade de adequação da Policlínica para melhor acolher os usuários do serviço, evitando tempo de espera prolongados. Nesse sentido, a solicitação feita aos reguladores e gestores municipais pela gestão da Policlínica, para que os agendamentos de mais de um serviço de um mesmo paciente sejam programados para um único dia, parece ser uma estratégia que pode minimizar os efeitos do longo tempo de espera.

Na concepção do cardápio de ofertas, a avaliação realizada pelo governo estadual trouxe como resultado que a demanda por serviços de atenção especializada caracterizava-se como vazios assistenciais de todas as especialidades e exames, comum a todos os municípios do estado. Assim, o cardápio de oferta da Policlínica segue o modelo padrão elaborado para todas as policlínicas do estado, com inserção de oferta de novos serviços a partir da solicitação dos

municípios, análise da viabilidade orçamentária pelo CIS e aprovação em assembleia dos prefeitos e posterior disponibilidade de profissionais especialista. Nesse sentido, Ouverney e Noronha (2013) avaliam que a lógica de organização dos serviços e do financiamento, com privilégio aos critérios de oferta em detrimento a análise do perfil epidemiológico e demográfico da população, favorece a duplicidade de ações, estimula o desperdício de recurso financeiros e tecnológicos e interfere na garantia da continuidade dos cuidados em saúde.

A contratação de profissionais com vínculo celetista pelo CIS e a possibilidade de diferentes arranjos de carga horária favoreceram a contratação e fixação dos profissionais médicos na policlínica. Dada a proximidade com a capital do estado, maior polo de formação de profissionais médicos e especialistas, e, sendo o município sede da policlínica o segundo maior município do estado e, também, um grande centro de formação, o que poderia possibilitar uma maior facilidade de contratação, no entanto, ainda prevalecem dificuldades relacionadas à rotatividade e à carência de profissionais em algumas especialidades médicas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa levou-me a reflexões sobre as divergências entre a teoria e a prática, os nós que se formam entre o idealizado/planejado e o que se torna real no caminho percorrido pelos usuários para acesso à atenção especializada.

Assim, a busca por compreender como se conforma a atenção especializada em uma região de saúde, considerando a governança, a organização e a oferta, tendo a Policlínica Regional de Saúde em Feira de Santana, como equipamento planejado no sentido de minimizar ou até suprir o vazio assistencial neste nível de atenção, permitiu identificar potencialidades e fragilidades, convergências e divergências, que podem contribuir com novas análises e perspectivas, acerca dos inúmeros fatores que influenciam na estruturação e capacidade de oferta de serviços na região de saúde.

Sobre a governança regional, pode-se dizer que é um processo em construção na região de saúde, exigindo um exercício de equilíbrio entre as forças governamentais e não-governamentais, a presença de diferentes interesses, as relações de dependência, interação e os acordos estabelecidos entre instituições e entes públicos e privados. Os esforços devem ser conjuntos e direcionados para o mesmo objetivo de assegurar a integração gestora regional, fortalecendo os espaços formais de negociação e pactuação, buscando também a parceria com instituições de pesquisa, produzindo um espaço aberto e colaborativo, direcionando o exercício do poder em favor do acesso universal, tendo alicerce firmado no planejamento, controle, monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

Tornou-se evidente os avanços sobre a oferta de serviços de atenção especializada, fortemente relacionado à implantação da policlínica regional. A presença de serviços privados em municípios de maior porte populacional e a contratação de profissionais especialistas vêm indicando uma maior oferta nesses municípios. No entanto, os municípios menores continuam a enfrentar dificuldades de acesso, até mesmo sobre a lógica do CIS (per capita), por meio do qual a oferta é proporcional a população, ou seja, quanto maior a população, maior o aporte financeiro e maior o número de vagas. Os antigos problemas relacionados à PPI (recurso, tabela SUS, relação físico e financeira, monitoramento) reduz ainda mais a oferta que poderia alcançar os municípios de menor porte. Assim, pensar estratégias que tornem a oferta mais igualitária, pode ser um caminho difícil, mas necessário para garantia do acesso dos usuários aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em tempo oportuno.

Ainda que a dificuldade de acesso aos serviços especializados tenha sido apontada como relacionada à oferta ainda insuficiente, outros fatores indicados neste estudo precisam ser

enfrentados, tais quais: encaminhamentos incorretos, indicações não condizentes com a especialidade, orientações inadequadas e desconhecimento com relação aos protocolos. Trata-se de fatores relacionados ao âmbito municipal, seja sobre as centrais de regulação, ou sobre o fortalecimento da APS, que repercutem não só sobre a produção da policlínica, ou outro serviço especializado, ou ainda que gere um impacto negativo sobre o recurso financeiro aplicado, mas traz especialmente prejuízo à saúde do usuário, pelo adiamento no atendimento às suas necessidades de cuidado.

É preciso um olhar atento sobre como a demanda por AE vem sendo organizada (listas de espera em cadernos, filas que se formam na madrugada em centrais de marcação, interferências políticas); reconhecer as fragilidades na coordenação do cuidado e a descontinuidade no cuidado ofertado aos usuários, seja pelo longo tempo de espera para acesso ao atendimento, ou pela inexistência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os profissionais da APS e da atenção especializada, que reflete no acompanhamento da trajetória assistencial desses usuários.

Ainda que a policlínica regional tenha fluxos assistenciais definidos e abarque um quantitativo de serviços (consultas e exames), com clareza na oferta e fluxos desenhados, sistema de marcação viabilizado, suporte às centrais municipais de marcação (mesmo não tendo um setor específico com essa finalidade) e transporte sanitário. As falhas que produzem vagas perdidas e/ou ociosas geram impactos negativos sobre a gestão, o usuário e os serviços, reproduzindo em crescimento progressivo da demanda reprimida, desperdícios dos serviços, aumento dos custos assistenciais, agravamento das condições clínicas do usuário e inviabiliza uma análise correta sobre a necessidade de serviços a serem implantados ou que necessitem de maior, ou menor oferta.

Portanto, pensar em serviços regionais implica em sistemas logísticos e de apoio. Nesse sentido, o transporte sanitário da policlínica representa uma estratégia importante na questão da acessibilidade por favorecer a mobilidade intermunicipal. No entanto, ainda se faz necessário analisar e até mesmo encontrar meios de flexibilizar horários e rotas, ampliando a possibilidade de acesso dos usuários ao serviço; ainda que, a rede de transporte do município seja mais uma forma de apoio logístico.

Existem problemas cuja resolução caminha a longo prazo, como a redução de oferta relacionada à disponibilidade de especialistas, onde estratégias de fortalecimento dos vínculos trabalhistas, possam tornar a atuação nos serviços da policlínica mais atrativa.

O arranjo de consorciamento, que tem como seu principal alicerce o cofinanciamento para resolução dos vazios assistenciais da AE, viabilizando a implantação da policlínica

regional de saúde, representou avanços na oferta, acessibilidade e qualidade dos serviços. A implantação em município sede da região é uma estratégia que, de alguma forma, favorece a contratação de profissionais. No entanto, dada a extensão territorial e a população da região de saúde, é importante a análise de viabilidade sobre novos mecanismos que possibilitem ampliar o acesso à atenção especializada.

Torna-se importante que esse estudo possa ser estendido a outras regiões de saúde, possibilitando uma análise comparativa sobre os resultados alcançados, e conseqüentemente trazer uma visão ampliada sobre os aspectos analisados neste estudo. Além disso, é preciso incluir a perspectiva do controle social, dos usuários dos serviços, profissionais e prestadores privados.

Por fim, podemos ainda, sugerir que é imprescindível a ampliação do debate sobre o fortalecimento da governança regional, numa perspectiva da organização e oferta de serviços especializados, considerando as especificidades da região de saúde deste estudo, em seus aspectos socioeconômicos, demográficos, políticos, técnicos e assistenciais

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41–67, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100005>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- ABRUCIO, F. L.; FILIPPIM, E. S.; DIEGUEZ, R. C. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. **Revista de Administração Pública [online]**, v. 47, n. 6, p. 1543-1568, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000600010>. Acesso em: 02 abr. 2022.
- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 10, p. 3151-3161, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>. Acesso em: 18 abr. 2022.
- ALELUIA, Í. R. S., *et al.* Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1883–1894, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.10392021>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R4dRdxY9P48vhrpVgCBjYZK/?lang=pt#>. Acesso em: 02 jul. 2023.
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>. Acesso em: 06 fev. 2022.
- ALMEIDA, P. F., SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 27, n. 10, p. 4025-4038, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07432022>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- AMADO, J.; FERREIRA, S. A entrevista na investigação educacional. In: AMADO, J. (Coord.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013. p. 207-232.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 455–479, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300006>. Acesso em: 08 jan. 2023.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, supl. 1, nov. 2009. Disponível em: [https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Sa%C3%BAde\\_2008-2011.pdf](https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Sa%C3%BAde_2008-2011.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, supl. 1, dez. 2012a. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Sa%C3%BAde-2012-2015.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BAHIA. Serviço Público Estadual. **Resolução CIB 275/2012**. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Bahia: Serviço Público Estadual, [2012b]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Resolucao%20CIB%20275%202012.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BAHIA. **Lei Estadual nº 13.374, de 22 de setembro de 2015**. Disciplina a participação do Estado da Bahia nos Consórcios Interfederativos de Saúde nos termos da Lei Federal nº 11.107 de 05 de abril de 2005. Bahia: Governo do Estado da Bahia, [2015]. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-13374-2015-bahia-disciplina-a-participacao-do-estado-da-bahia-nos-consorcios-interfederativos-de-saude-nos-termos-da-lei-federal-n-11107-de-6-de-abril-de-2005>. Acesso em: 04 mar. 2022.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, dez. 2016. Disponível em: [https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude\\_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf](https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf). Acesso em: 12 dez. 2021.

BAHIA. **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2017, 256p. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/MANUAL%20DE%20ACESSO%20POLICLINICA.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 7. p. e00067218, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 44, supl. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BAHIA. **Cartilha PDR 2021**. Observatório Baiano de Regionalização. Salvador: OBR, 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha%20-%20PDR%202021.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BAHIA. **Relatório de Gestão**. Policlínica Regional; Feira de Santana, maio 2023a.

BAHIA. **Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES)**. Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, 2023b. Disponível em: <http://siges.saude.ba.gov.br/siges/logon.jsp?sys=GUS>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BARCELOS, S. C. **A regionalização do acesso a saúde: facilitando fluxos ou construindo barreiras?** 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22499/1/2016\\_dis\\_scarcelos.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22499/1/2016_dis_scarcelos.pdf). Acesso em: 02 fev. 2022

BISCARDE, D. G. S.; VILASBÔAS, A. L.Q.; TRAD, L. A. B. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 24, n. 12, p. 4519-4527, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25922019>. Acesso em: 08 mar. 2022

BOTTI, C. S. *et al.* Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*, v. 22, n. 3, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300014>. Acesso em: 08 abr. 2022.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abril 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1996]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm). Acesso em: 15 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 10 jan. 2022

BRASIL. **Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2018]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2037%2C%20DE%2022,o%20inciso%20I%20do%20art](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2037%2C%20DE%2022,o%20inciso%20I%20do%20art). Acesso em: 13 fev. 2022.

CARVALHO, A. L. B. de; JESUS, W. L. A. de; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>. Acesso em: 08 abr. 2022.

CHAVES, L. D.P *et al.* Considerações sobre a Condição Traçadora. In: TANAKA, O.Y. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 151-160. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7603012/mod\\_resource/content/1/Capitulo%20livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20condi%C3%A7%C3%A3o%20tra%C3%A7adora.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7603012/mod_resource/content/1/Capitulo%20livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20condi%C3%A7%C3%A3o%20tra%C3%A7adora.pdf). Acesso em: 20 abr. 2023

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1373–1382, setembro 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500009>. Acesso em: 12 jan. 2022.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>. Acesso em: 03 jul. 2023.

CRUZ, M. C. M. T; ARAÚJO, F. F; BATISTA, S. **Consórcios numa perspectiva histórico-institucional.** RJ: Fundação Konrad Adenauer, 2012. p. 111-124. Disponível em: [https://www.kas.de/c/document\\_library/get\\_file?uuid=592e8fd7-833a-611f-d8b1-92fd37789c62&groupId=265553](https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=592e8fd7-833a-611f-d8b1-92fd37789c62&groupId=265553). Acesso em: 10 abr. 2022

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod\\_resource/content/1/Creswell.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod_resource/content/1/Creswell.pdf). Acesso em: 12 abr. 2022.

DUARTE; C. M. R. *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p 1163-

1174, jun.2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00097414>. Acesso em: 10 abr. 2022.

E-GESTOR Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Sistemas da Atenção Primária à Saúde. **E-GESTOR Atenção Básica**, 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FEIRA DE SANTANA. **Contrato de Rateio nº 01/2021**. Feira de Santana: Governo do Estado. Secretaria do Estado da Bahia, 2021. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/rateio/2021/291080/CONTRATO%20RATEIO%20FEIRA%20DE%20SANTANA%20CONSOLIDADO.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

FLEXA, R. G. C.; Barbastefano, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325–338, janeiro 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QDbb8PkPmpczWtx7ZW9nKGk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 27, n. 2, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/#>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GERIGK, W.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1525–1543, nov. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bPXjWrGPyfKDFcGg7CfC6rK/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jul. 2023.

GOLDWASSER, R. S. *et al.* Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 347–357, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180053>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/TVDgrcPN9vSSk6fQN4s3tRS/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jul. 2023.

HENRICHS, J. A; MEZA, M. L.F. Governança multinível para o desenvolvimento regional: um estudo de caso do Consórcio Intermunicipal da Fronteira. **Revista Brasileira de Gestão Urbana [online]**, v. 9, n.1, p. 124-138, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.009.001.AO03>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/RHXrbFvMHYQkJS8NhwF7SfN/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 abr. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades e Estados do Brasil**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Região de Influência das Cidades**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/regic/#/mapa/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M.A. (orgs.). **Desafios do planejamento na construção do SUS [online]**. Salvador: EDUFBA, 2011. *E-Book*. (176 p). ISBN 978-85-232-1176. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w8k6j/pdf/jesus-9788523211769.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

JULIÃO, K. S; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 3, p. e00037519, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037519> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7vLv4HDkPmwbg4y88XMFmjc/#> Acesso em: 10 abr. 2022.

LEAL, E. M. M., *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 28, n. 3 p, 128-142, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/36BJJrwLzKQtQVvxRDWnVSt/?lang=pt#>. Acesso em: 04 abr. 2022.

LIMA, L. P. *et al.* O Pacto Federativo Brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M.A.D. *et al.* (orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 27-58. ISBN: 978-85-7541-592-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c2hxb/pdf/uga-9788575415924-03.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 71, p. 105–119, out. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092009000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/CxMyWXBHwqnJbgzrnGBc8Pg/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 01 maio 2022.

MACHADO, C. V. *et al.* Federalismo e políticas de Saúde: Comissões intergovernamentais o Brasil. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 48, n. p. 642-650, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JXhzTK954zL4B34GmFZ6QXL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MARTINEZ-SALGADO, C. Amostra e transferibilidades: como escolher os participantes em pesquisa? Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde. BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (orgs). In: **Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em saúde**. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2021.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M.L.C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública [online]**. 2014, v. 48, n. 3, p. 695-720, maio 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-76121626> . Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/KNSNqcTP5hsk45yXZsgCwMC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 129–140, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162817>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KVYqFXPY8LsdX4ZHtXWGzKp/?lang=pt#>. Acesso em: 8 jun. 2023.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 31, n. 01, p. e310109, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhTn3CrBcZfDjBs33md/#>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf) . Acesso em: 10 mar. 2022.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016. Disponível em:

<file:///C:/Users/user/Downloads/O%20ACESSO%20A%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20A%20SAUDE%20PDF.pdf> Acesso em: 12 dez. 2021.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/DESAFIOS-DO-SUS.pdf>.

Acesso em: 10 jun. 2023.

MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, v. 23, n. 3, p. 206-224, 12 set. 2018.

Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/12216>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. F.; SILVEIRA, G. A. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 348–366, abr. 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170844>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Q4pjzsHDZYpTBzhZYgYQg3k/?lang=pt#>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

MINAYO, Maria C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. ed. 21. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. ed. 12. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLESINI, J. **A Reforma Sanitária na Bahia: Um Lugar na História (1987 - 1989)**. 2011. 263 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA. 2011. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/11090/1/Tese\\_Enf\\_%20Joana%20Molesini.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/11090/1/Tese_Enf_%20Joana%20Molesini.pdf) Acesso em: 10 mar. 2022.

MOLESINI, J. A. *et al.* Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 623-38, jul./set. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1876.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MOREIRA, L. C. de O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações (campo Grande)**, v. 18, n. 4, p. 99-108, 2017. DOI: <https://doi.org/10.20435/inter.v18i4.1454>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/CXfW8CxgPRXhzgsKXtByydb/?lang=pt#>. Acesso em: 11 jun. 2023.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2006, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gnQzRstFCXxVtmbMbR7Rqrf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 mar. 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Reuniões da comissão intergestores regional**. Feira de Santana: OBR, 2019. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=reuniaocir\\_data&COD\\_IBGE=291080&REGIAO\\_DE\\_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA&COD\\_CIR=2&DATA\\_REUNIAOCIR=2019-08-13](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=reuniaocir_data&COD_IBGE=291080&REGIAO_DE_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA&COD_CIR=2&DATA_REUNIAOCIR=2019-08-13). Acesso em: 15 abr. 2023.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Contrato de Rateio Policlínica Regional de Saúde- Feira de Santana**. Salvador: OBR, 2020. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=consorcio&COD\\_IBGE=291080](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=consorcio&COD_IBGE=291080). Acesso em: 10 maio 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Estatuto do consórcio público interfederativo de saúde da região de Feira de Santana**. Feira de Santana: OBR, 2021a. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/estatuto/291080/ESTATUTO\\_2021\\_PDF.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/estatuto/291080/ESTATUTO_2021_PDF.pdf). Acesso em: 15 maio 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia (PDR 2021)**. Salvador: OBR, 2021b. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Carilha%20-%20PDR%202021.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Contrato de Rateio do Consócio Interfederativo de Saúde Portal do Sertão**. Salvador: OBR, 2021c. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=rateio&COD\\_IBGE=291080&ANO=2021](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=rateio&COD_IBGE=291080&ANO=2021). Acesso em: 15 maio 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Plano Diretor de Regionalização (PDR 2003)**. Salvador: OBR, 2022a. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/pdr2003>. Acesso em: 18 mar. 2022

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Plano Diretor de Regionalização (PDR 2007)**. Salvador: OBR, 2022b. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/pdr2007>. Acesso em: 18 mar. 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde Média e Alta Complexidade (PPIMAC)**. Salvador: OBR, 2022c. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/ppi>. Acesso em: 18 mar. 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Desenho Territorial das Macrorregiões**. Salvador: OBR, 2022d. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/macros>. Acesso em: 18 mar. 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Comando Único**. Salvador: OBR, 2022e. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/ppi/comandoUnico>. Acesso em: 18 mar, 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Consórcios**. Salvador: OBR, 2022f. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=consorcio&COD\\_IBGE=291080](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=consorcio&COD_IBGE=291080). Acesso: em 18 mar. 2022.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. **Atas de reunião CIR – região de saúde de Feira de Santana**. Observatório Baiano de Regionalização. Feira de Santana: OBR, 2023. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=reuniaocir&COD\\_IBGE=291080&REGIAO\\_DE\\_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA&COD\\_CIR=2&ANO\\_REUNIAOCIR=2023](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=reuniaocir&COD_IBGE=291080&REGIAO_DE_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA&COD_CIR=2&ANO_REUNIAOCIR=2023). Acesso em: 15 abr. 2023.

OLIVEIRA, V. B. *et al.* O Processo da Regionalização da Saúde em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Revista Baiana de Saúde Pública [on line]**. v. 45, n. 3, p. 108-128, jul./set. 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3376. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3376/3057>. Acesso em: 15 jun. 2023.

OUVERNEY, A. M. *et al.* Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 10, p. 4715-4720, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413->

812320212610.22882020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/Vq3yQKx3fMWQHDXfgTQ3JTF/?lang=pt#>.  
Acesso em: 12 abr. 2022.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>  
Acesso em: 06 jul. 2023

PAIM, J. S. **A gestão do SUDS no Estado da Bahia. Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 5, n. 4, p. 365-375, out. 1989. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PLptN7WBkLn8MbqKBqK3CFQ/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PAIM, J. S. *et al.* **O Sistema de saúde Brasileiro História, Avanços e Desafios**. 1. ed. (Séries), 2011. Disponível em: [https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf). Acesso em: 20 jun. 2023.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt#>. Acesso em: 21 abr. 2022.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 7, p. 2239-2252, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08922018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4FDMM5sBDT96yX5qCgYT6Bm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PINAFO, E. *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 5, p. 1619-1628. Maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gPnKF8DqfgKyxtgPyb5hYgG/#>. Acesso em: 22 abr. 2022.

PRATES, Â. M. Q. Os Consórcios Públicos Municipais no Brasil e a experiência europeia: Alguns apontamentos para o desenvolvimento local. *In*: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3, 2010, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, 2010. p. 1–32. Disponível em: <https://silo.tips/download/os-consorcios-publicos-municipais-no-brasil-e-a>. Acesso em: 04 abr. 2022.

REIS, A. A. C. dos; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A.C. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBFd/abstract/?lang=pt> em: Acesso em: 22 abr. 2022.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Fg6N3bkrgrkpfvXjT43QbsJ/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; MIRANDA, A. S. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde em Debate [online]**, v. 39, n. 107, p. 935-947, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070525>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TPzWW87DtGvgLBGtKwYjMJg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

RODRIGUES, A. A. O. **Modelo para análise do fluxo de informação e da difusão do conhecimento na interação ensino serviço: uma experiência a partir do pet-saúde**. Tese (Doutorado em Difusão do conhecimento) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/19035/1/TESEANA%c3%81UREA18122015.pdf>  
Acesso em: 20 abr. 2022.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos Metrópole [online]**, v. 18, n. 36, p. 377-399, jul. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/jh7yyc9PV4f3JDq9GGvgdJk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H.G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. **Revista de Administração Pública [online]**, v. 48, n. 2, p. 439-458, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121618>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/qFXbjZdxdCNjBWSqczXPP5r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SALVADOR. Protocolo de Intenções - Consórcio Interfederativo de Saúde Portal do Sertão. Salvador: Governo do Estado da Bahia, 2017. Disponível em:

[http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/protocolo\\_intencoes/291080/PROTOCOLO\\_DE\\_INTENCOES\\_FEIRA\\_SANTANA.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/protocolo_intencoes/291080/PROTOCOLO_DE_INTENCOES_FEIRA_SANTANA.pdf). Acesso em: 15 maio 2022.

SAMPAIO, M. V. A. **Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista, BA e a garantia do direito à integralidade na Atenção à Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Vitória da Conquista, 2016. Disponível em:

[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/26329/ve\\_M%c3%a1rcia\\_Vivianr\\_ENSP\\_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/26329/ve_M%c3%a1rcia_Vivianr_ENSP_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em: 20 abr. 2022.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em:

<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SANTOS, A. M. **Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 334 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13798/1/642.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 48, n. p. 622-631, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt#>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 32, n. 3, p. e00172214, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Cv8VccfnPcZSq7dsvsqDhHs/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 48–63, jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N8k5kxm5P3RnGMnDJmNnk6j/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jul. 2023.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Processo de Regionalização da Saúde na Bahia: Aspectos Políticos-Institucionais e Modelagem dos Territórios Sanitários. **Revista Brasileira de Gestão E Desenvolvimento Regional**, Taubeté, v. 13, n. 2, p. 400-422, 2017 Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3002/618>. Acesso em: 08 mar. 2022.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, abril 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [online]**. Salvador: EDUFBA, 2018, 311 p. ISBN 978-85-232-2026-6. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523220266>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r7wwf/pdf/santos-9788523220266.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SHIMIZU, H. E. *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1131–1140, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28232016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yHkxQTSSvCPBQJhQqtrBxC/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2023.

SILVEIRA FILHO, R. M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de**

**Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 03, p. 853-878, jul. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NvwtMHkTpHWJC3SbvqxqZ6zy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SILVA C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3KbQ6vf9sMcCkQHsbz6RG5K/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SILVA, K. A. B. da *et al.* Desafios no Processo de Referenciamento de Usuários nas Redes de Atenção à Saúde: Perspectiva Multiprofissional. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 17, n. 3, p. e43568, set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.43568>. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612018000300208#B8](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612018000300208#B8). Acesso em: 30 jun. 2023.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 547-576. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-24.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SOUSA, F. O.S. *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 19, n. 04 p. 1283-1293, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZRSXH5zWHqTS4dS8WxJhPTq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 08 mar. 2022.

STRAUB, M.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. **Saúde Em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1033-1048, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXWSySSV58WjvssRFwxbMMB/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jun. 2023.

STRELEC, T.; FONSECA, F. Alcances e Limites da Lei dos Consórcios Públicos um balanço da experiência consorciada no estado de São Paulo. **Cadernos Adenauer São Paulo**, v. 4, p. 1-15, 2011. Disponível em: [https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/fonseca\\_-\\_alcances\\_e\\_limoes\\_da\\_lei\\_dos\\_consorcios\\_publicos\\_um\\_balanco\\_da\\_experiencia\\_consortiativa\\_no\\_estado\\_de\\_sao\\_paulo\\_0.pdf](https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/fonseca_-_alcances_e_limoes_da_lei_dos_consorcios_publicos_um_balanco_da_experiencia_consortiativa_no_estado_de_sao_paulo_0.pdf). Acesso em: 04 abr. 2022.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-84, mar. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zhR9FVfd3T6kKwP4qqG5K6M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2022.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 3, p. 941-951, maio 2017. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VASCONCELOS NETO, J. A. A Experiência dos arranjos interfederativos da saúde no Estado do Ceará: os consórcios públicos como instrumentos de fortalecimento da gestão compartilhada. In: MELLO, J. *et al.* (orgs.). **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos : experiências recentes das políticas de redução das desigualdades**. Brasília: Ipea, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9876/1/Implement\\_politicas\\_Cap4.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9876/1/Implement_politicas_Cap4.pdf). Acesso em: 10 fev. 2022.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 abr. 2022.

VIANNA, A. L.D`A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/33079/NovasPerspectivas.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 abr. 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A

<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR MUNICIPAL e GESTOR CIR – COORDENADOR</b>
---

### 1. Perfil do Entrevistado

Entrevistado:
Formação Profissional:
Local de trabalho:
Cargo que ocupa:
Tempo no cargo atual
Outras experiências de gestão:
Representação em órgão colegiado:
Tempo de representação
Endereço profissional:
Telefone de contato:

### 2. Roteiro Orientador

<p>A oferta de atenção especializada para seu município é majoritariamente pública ou privada?</p>
<p>Quais ações da <b>SES, do Núcleo Regional de Saúde e da CIR</b> que você <b>identifica</b> na região de saúde, para apoiar o fortalecimento do acesso aos serviços de atenção especializada?</p>
<p>Quais são os principais prestadores especializados do SUS na região?</p>
<p>Quando da formação do CIS e da implantação da Policlínica Regional, houveram agendas de discussão regional? Se sim, o Sr (a) acompanhou estas discussões?</p>
<p>Como avalia a oferta e suficiência de serviços especializados (consultas e exames) na região de saúde e no seu município, por meio da Policlínica Regional? O que falta? Qual a principal dificuldade?</p>
<p>Existe alguma tensão na oferta de atenção especializada em relação a Policlínica Regional?</p>
<p>Identifica vazios assistenciais na região de saúde? Em quais serviços de atenção especializada?</p>

Entre os serviços de atenção especializada ofertados na Policlínica Regional, quais são necessários encaminhar para outros prestadores? Algum acontece fora da região de saúde?
No seu município existem protocolos de encaminhamento para o acesso aos serviços da Policlínica Regional?
Como o usuário do seu município faz para se deslocar até o serviço da Policlínica Regional?
Faça um breve relato acerca das vagas para os serviços especializados da Policlínica Regional. Como o seu município organiza o acesso dos usuários? Existe cotas de distribuição para as unidades de saúde do município?
Para você quais os principais avanços, dificuldades/limites e desafios na organização e acesso aos serviços especializados por meio da Policlínica Regional.

## APÊNDICE B

<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR ESTADUAL DA POLICLÍNICA</b>
--

### 1. Perfil do Entrevistado

Entrevistado:
Formação Profissional:
Local de trabalho:
Cargo que ocupa:
Tempo no cargo atual
Outras experiências de gestão:
Representação em órgão colegiado:
Tempo de representação
Endereço profissional:
Telefone de contato:

### 2. Roteiro Orientador

Quanto ao fortalecimento da Policlínica Regional como equipamento efetivo na oferta de atenção especializada na região de saúde, como tem sido a atuação do CIS?
A SES, tem realizado movimentos para o fortalecimento da Policlínica Regional como equipamento efetivo na oferta de atenção especializada na região de saúde? Nesse sentido quais outros atores você identifica como parceiros?
Identifica tensionamentos para oferta de serviços de atenção especializada na Policlínica Regional, além dos disponíveis?
Como são avaliadas as metas/oferta de serviços prestados pelo CPS? Há um contrato de gestão? Estabelecimento de metas? E quando não são cumpridas? E, quais as dificuldades para alcance de metas?
Quais as estratégias para atração e fixação de profissionais para as Policlínicas? Qual o tipo de vínculo trabalhista dos profissionais? São contratados por carga horária, por procedimentos?
Como avalia a oferta e suficiência de serviços especializados (consultas e exames) na região de saúde por meio da Policlínica Regional? Qual a principal dificuldade?
Para você, quais os principais avanços, dificuldades/limites e desafios na organização e acesso aos serviços especializados da Policlínica Regional?

## APÊNDICE C

<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR ESTADUAL COORDENADOR DO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE CENTRO LESTE</b>
--

### 1. Perfil do Entrevistado

Entrevistado:
Formação Profissional:
Local de trabalho:
Cargo que ocupa:
Tempo no cargo atual
Outras experiências de gestão:
Representação em órgão colegiado:
Tempo de representação
Endereço profissional:
Telefone de contato:

### 2. Roteiro Orientador

Como tem sido a atuação do Estado (NRS/Centro Leste) na região de saúde para apoiar o fortalecimento do acesso aos serviços de atenção especializada?
Quais atores se destacam na condução do processo de regionalização da saúde na região de saúde? Qual o principal ator do processo de regionalização?
Quando da formação do CIS, e da implantação da Policlínica Regional, houveram agendas de discussão regional? Se sim, o Sr (a) acompanhou estas discussões?
O que motivou a implantação da Policlínica Regional nesta região de saúde? Quais atores apoiaram e quais dificultaram o processo de implantação?
Quais são os principais prestadores especializados do SUS na região de saúde?
Como avalia a oferta e suficiência de serviços especializados (consultas e exames) na região de saúde por meio da Policlínica Regional? O que falta? Qual a principal dificuldade?
Existe alguma tensão para oferta de atenção especializada em relação a Policlínica Regional, o CIS e os municípios da região?
Identifica vazios assistenciais na região de saúde? Em quais serviços de atenção especializada?
Para você, quais os principais avanços, dificuldades/limites e desafios na organização e acesso aos serviços especializados por meio da Policlínica Regional.

## APÊNDICE D

### 1. Perfil do Entrevistado

<b>APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – TÉCNICOS REGULADORES DA POLICLÍNICA REGIONAL</b>
--

Entrevistado:
Formação Profissional:
Local de trabalho:
Cargo que ocupa:
Tempo no cargo atual
Outras experiências de gestão:
Representação em órgão colegiado:
Tempo de representação
Endereço profissional:
Telefone de contato:

### 2. Roteiro Orientador

Quais atividades são desenvolvidas pelo setor de regulação da Policlínica Regional?
Como é realizada a regulação nas policlínicas? Como se organizam as centrais no município e na Policlínica?
Você identifica dificuldades dos municípios na operacionalização das vagas? Quais?
Quanto ao acesso do paciente identifica fatores que inviabilizam o atendimento no serviço?
Quais seriam esses fatores? São recorrentes?
Para você, quais os principais avanços, dificuldades/limites e desafios para o setor de regulação para prover o acesso dos pacientes aos serviços especializados da Policlínica Regional.

## APÊNDICE E

### APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Gestores

**Título do Projeto: ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: O CASO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Eu, Celita Nazareth Pacheco de Menezes, orientanda do professor Dr. Adriano Maia dos Santos (Universidade Federal da Bahia), desenvolvo a pesquisa “Organização e Oferta de Serviços Especializados: o Caso da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana, Bahia”, e estou convidando-lhe a participar voluntariamente deste estudo.

Este termo atende à Resolução 466/2012 e à Resolução 510/2016 e destina-se a convidá-la(lo) para participar desta pesquisa e esclarecer o(a) Sr.(a) sobre os objetivos e os procedimentos da mesma.

Esta pesquisa “analisa a organização e a oferta de serviços especializados na região de saúde de Feira de Santana-Bahia, por meio de policlínica regional”. A sua participação será de extrema importância, pois colaborará para aprimorar o conhecimento científico sobre a organização e o acesso aos serviços da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana, e os resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS locorregional, sendo este o principal benefício.

Para realização da pesquisa faremos entrevistas com gestores (estaduais e municipais) e técnicos reguladores (municipais e estaduais que operacionalizam o SIGES). Sua participação constará em responder perguntas, tendo como base um roteiro com questões relacionadas ao objetivo desta investigação. O risco com essa pesquisa é mínimo e corresponde a desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, porém, você poderá interromper a qualquer momento a sua participação sem nenhum prejuízo. Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar a sua permissão a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão. As informações dessa pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas de maneira codificada, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Ressaltamos que a pesquisa foi submetida ao Sistema CEP-CONEP, conforme o item 3.3 da Norma Operacional CNS nº 001/2013, sendo aprovada com o Parecer nº 5.556.016. Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, visto que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a)

Eu \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar desse estudo.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do consentimento

**Dados da Mestranda:**

Nome: Celita Nazareth Pacheco de Menezes

Telefone: 75 99900-8344

Endereço eletrônico: [celipmenezes@gmail.com](mailto:celipmenezes@gmail.com)

**Dados do pesquisador responsável:**

Nome: Adriano Maia dos Santos

Telefone: 77 988720067 - Email: [maiaufba@ufba.br](mailto:maiaufba@ufba.br)

Endereço: UFBA. Rua Hormindo Barros, Qd 17, 58 -  
Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45.029-094 / Gabinete

**Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa:** Comitê de Ética em Pesquisa.

Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Endereço: Rua Hormindo

Barros, Qd 17, 58 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45.029-094 Telefone: (77) 3429-2709

- Endereço eletrônico: [cep.ims@ufba.com.br](mailto:cep.ims@ufba.com.br)

## APÊNDICE F

### APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –Técnicos Reguladores

**Título do Projeto: ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: O CASO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Eu, Celita Nazareth Pacheco de Menezes, orientanda do professor Dr. Adriano Maia dos Santos (Universidade Federal da Bahia), desenvolvo a pesquisa “Organização e Oferta de Serviços Especializados: o Caso da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana, Bahia”, e estou convidando-lhe a participar voluntariamente deste estudo.

Este termo atende à Resolução 466/2012 e à Resolução 510/2016, e destina-se a esclarecer o(a) Sr.(a) sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

Esta pesquisa “analisa a organização e a oferta de serviços especializados na região de saúde de Feira de Santana- Bahia, por meio de policlínica regional”. A sua participação será de extrema importância, pois colaborará para aprimorar o conhecimento científico sobre a organização e o acesso aos serviços da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana, e os resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS locorregional, sendo este o principal benefício.

Para realização da pesquisa faremos entrevistas com gestores (estaduais e municipais) e técnicos reguladores (municipais e estaduais que operacionalizam o SIGES). Sua participação constará em responder perguntas, tendo como base um roteiro com questões relacionadas ao objetivo desta investigação. O risco com essa pesquisa é mínimo e corresponde a desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, porém, você poderá interromper a qualquer momento a sua participação sem nenhum prejuízo. Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar a sua permissão a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão. As informações dessa pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas de maneira codificada, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Ressaltamos que a pesquisa foi submetida ao Sistema CEP-CONEP, conforme o item 3.3 da Norma Operacional CNS nº 001/2013, sendo aprovada com o Parecer nº 5.556.016. Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, visto que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

Eu \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar desse estudo.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do consentimento

**Dados da Mestranda:**

Nome: Celita Nazareth Pacheco de Menezes

Telefone: 75 99900-8344

Endereço eletrônico: [celipmenezes@gmail.com](mailto:celipmenezes@gmail.com)

**Dados do pesquisador responsável:**

Nome: Adriano Maia dos Santos

Telefone: 77 988720067 - Email: [maiaufba@ufba.br](mailto:maiaufba@ufba.br)

Endereço: UFBA. Rua Hormindo Barros, Qd 17, 58 -  
Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45.029-094 / Gabinete

**Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa:**

Comitê de Ética em Pesquisa. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Endereço: Rua Hormindo Barros, Qd 17, 58 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45.029-094 Telefone: (77) 3429-2709 - Endereço eletrônico: [cep.ims@ufba.com.br](mailto:cep.ims@ufba.com.br)

## ANEXO 1

### Ata de reunião da CIR



1 Aos treze dias do mês de julho do ano dois mil e vinte e um, foi realizada reunião Ordinária  
 2 da CIR por web conferência, com a presença dos senhores membros : Orlandina Silva O.  
 3 Nascimento – Coordenadora / Santo Estevão, Edy Gomes dos Santos – Coordenador  
 4 Adjunto; Celita P. Menezes – Membro Efetivo Regional e Secretários de Saúde dos  
 5 Municípios: Teonis Lins Freitas – Amelia Rodrigues; Karine Santos Ramos da Silva –  
 6 Anguera; Jamile Paulino Barreto dos Santos – Antonio Cardoso; Rodrigo Antônio Vilas Boas  
 7 Santos Marques – Coração de Maria; Marcelo Moncorvo Britto – Feira de Santana; Jason de  
 8 Oliveira Silva – Gavião; Heitor Carneiro Santana Cordeiro – Ichú; Raika Rocha da Silva  
 9 Figueredo – Ipecaetá; Miriam dos Santos Caldas de Oliveira –Ipirá ; Ana Maria Pinto  
 10 Cerqueira – Irara; André Luiz Pereira dos Santos – Mundo Novo; Lorena Carneiro Cordeiro –  
 11 Pe de Serra ; Amaury Henrique Miranda Filho – Rafael Jambreiro; Jane Paula Carneiro Silva  
 12 Soares – Riachão do Jacuípe; Jucinei Miranda Cerqueira da Silva – Santa Barbara; Antônio  
 13 Messias Santiago de Freitas – Serra Preta; Ana Ofelia Matos Marques- Apoiadora do  
 14 COSEMS e demais técnicos do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste e municípios  
 15 conforme lista de presença. Orlandina agradece a presença de todos , verifica o quórum e faz a  
 16 leitura da pauta e passa a palavra para Monik – Diretora da Policlínica Regional de Saúde de  
 17 Feira de Santana que se apresenta e dá início à referente a prestação de contas , onde, sinaliza  
 18 um a um com números o aproveitamento das vagas ofertadas no primeiro semestre do ano de  
 19 dois mil e vinte e um; Pontua as especialidades, ofertas de exames atuais e carga horária e diz  
 20 que em breve será disponibilizados novos serviços, esclarece que a biopsia de próstata e  
 21 mama o paciente ao ser atendido é encaminhado pelo médico da Policlínica ao serviço de  
 22 Assistência Social; Em seguida apresenta o índice de aproveitamento das vagas  
 23 disponibilizadas, índices de pacientes faltosos e atendidos por município da região e erros de  
 24 marcação; Monik se disponibiliza a atender cada Secretário de Saúde individualmente ou o  
 25 regulador para uma melhor compreensão do processo, ressalta os problemas acometidos ao  
 26 qual implica em um baixo desempenho no atendimento como: Troca e/ou doação de vagas  
 27 entre municípios ; Comunicação entre regulação e pacientes ; Deficiência dos reguladores  
 28 municipais; erros de agendamento; pacientes faltosos; saldos de vagas etc; Monik fala que foi  
 29 realizado treinamento para solicitação de mamografia , mas ainda se observa conforme  
 30 apresentação , inconformidades referente a médicos sem cadastro no CNES do município ou  
 31 cadastro no SISCAN. De acordo com a pauta Monik solicita aprovação da Plenária referente  
 32 ao Conselho Consultivo de Apoio a Gestão que são os responsáveis pelo acompanhamento e  
 33 avaliação dos resultados de indicadores e metas da produção da Policlínica Regional de Feira  
 34 de Santana, Monik esclarece que o papel do conselho é ser uma ponte entre a Policlínica ,  
 35 Prefeitos e Consórcio, referente a representatividade, o coordenador do Núcleo Regional de  
 36 Saúde é membro nato, assim a composição atual tem como membros : Edy Gomes dos Santos  
 37 – Coordenador do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste; Amaury Henrique Miranda Filho  
 38 – Rafael Jambreiro; Jane Paula- Riachão do Jacuípe. Orlandina esclarece que na época da  
 39 pactuação para representantes do Conselho Consultivo, ficaram como representantes os  
 40 gestores de Riachão do Jacuípe e de Rafael Jambreiro, no entanto esta representatividade deve  
 41 ser por manifestação do gestor e não por município. Desta forma fica aberta a manifestação de  
 42 interesse pelos gestores desta CIR. Após essa apresentação da composição do grupo atual foi  
 43 aberta a plenária para posicionamento do grupo para indicação ou manifestação sobre quais  
 44 membros tem interesse em participar do Conselho; Amaury diz que pode colocar em votação  
 45 mas tem interesse em se manter no conselho consultivo. Jane Paula que está como Secretária  
 46 Interina , abre a possibilidade para outro representante; Marcelo Britto se coloca a disposição;

47 Orlandina também se coloca à disposição embora tenha varias atribuições; Edy abre a votação  
 48 para os gestores Marcelo Brito e Orlandina ao termino foi consensuado a representação do  
 49 Conselho Consultivo da Policlínica Regional de Saúde , Edy Gomes dos Santos – NRSCL;  
 50 Amaury- Rafael Jambeiro; Marcelo Brito – Feira de Santana e Orlandina – Santo Estevão;  
 51 Dando seguimento Orlandina passa para o ponto de pauta referente a mudança de prestador  
 52 para Glaucoma dos municípios de : Antonio Cardoso; Coração de Maria; Irama; Rafael  
 53 Jambeiro ; Santo Estevão e Tanquinho que tinham como Prestador Pactuado- HCOE  
 54 solicitando alteração para , CLINICA ADRIVANA CUNHA com o teto financeiro  
 55 retornando para o Estado, a plenária aprovou em unanimidade; De acordo com a pauta a  
 56 coordenadora convida o Sr Messias para falar da solicitação do município de Serra Preta ao  
 57 qual solicita aporte da pactuação de Cirurgias Eletivas do município de Feira de Santana para  
 58 o município de Ipira, Messias se diz insatisfeito com o atendimento prestado ao seu município  
 59 preferindo fazer a mudança; Orlandina pergunta se aprovam a solicitação do pleito ao qual foi  
 60 aprovado por todos! Em seguida Celita Menezes pede licença a plenária e apresenta sobre sua  
 61 dissertação de mestrado, cuja pesquisa será inserida ao projeto de pesquisa já aprovado pelo  
 62 Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, "Modelo de Organização e  
 63 oferta de Atenção Especializada em Saúde: "Como Garantir a Integralidade", da  
 64 pesquisadora Patty Fidellis de Almeida, sendo a orientação do Prof. Dr. Adriano Maia. Ressalta  
 65 aos participantes que será necessário contatos com gestores municipais e entrevistas,  
 66 solicitando a anuência desta CIR, ao qual foi deliberada estar em concordância. A  
 67 coordenadora convida Ofelia - apoiadora do COSEMS para para dar os informes sobre os  
 68 temas Imuniza SUS e Conecte SUS; Celita Menezes apresenta sobre o guia orientador para  
 69 enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde, destacando a importância do acesso  
 70 a este material para serem pensadas ações no território dos municípios, sendo importante a  
 71 observância dos sete passos da Atenção Primária a Saúde. Celita ressalta sobre a necessidade  
 72 de realização das Conferências Municipais de Saúde para construção do Plano Municipal de  
 73 Saúde, quadrênio dois mil e vinte e dois a dois mil e vinte e cinco; Orlandina faz alguns  
 74 questionamentos referente a realização das Conferências Municipais diante do cenário  
 75 Pandemia Covid 19 e coloca como proposição solicitar informações acerca da realização das  
 76 Conferências Municipais de Saúde , a exemplo de tema central, eixos, prazos etc. Orlandina  
 77 agradece a participação de todos e finaliza a reunião que será enviada por email para ser  
 78 apreciada e aprovada por todos! Eu, Rozângela Maria da Silva Souza, lavrei a presente ATA,  
 79 que após lida e aprovada , será disponibilizada no site [www.saude.gov.br/obr](http://www.saude.gov.br/obr).

**ANEXO 2 - Serviços definidos e estruturados pelo programa com respectivos potenciais de produção mensal e programação pactuada consorcial  
- PPC**

<b>ANEXO I: PROFISSIONAIS DEFINIDOS PELO PROGRAMA E SUA CAPACIDADE DE CARGA HORÁRIA PARA A POLICLINICA, POR FAIXA POPULACIONAL</b>								<b>CAPACIDADE DE PRODUÇÃO ANUAL (REFERÊNCIA: CARGA HORÁRIA DE 20H)</b>
<b>NÍVEIS DE POLICLINICA =====&gt;</b>	<b>NÍVEL 1</b>	<b>NÍVEL 2</b>	<b>NÍVEL 3</b>	<b>NÍVEL 4</b>	<b>NÍVEL 5</b>	<b>NÍVEL 6</b>		
<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>REGIÕES COM POPULAÇÃO DE ATÉ 350.000 HABITANTES</b>	<b>REGIÕES COM POPULAÇÃO DE 350.001 - 450.000 HABITANTES</b>	<b>REGIÕES COM POPULAÇÃO DE 450.001 - 550.000 HABITANTES</b>	<b>REGIÕES COM POPULAÇÃO DE 550.001 - 650.000 HABITANTES</b>	<b>REGIÕES COM POPULAÇÃO DE 650.001 - 750.000 HABITANTES</b>	<b>REGIÕES COM POPULAÇÃO DE 750.001 - 850.000 HABITANTES</b>		
<b>MÉDICOS/ CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>	<b>CARDÁPIO BÁSICO</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>					
	Médico Angiologista	20H	20H	20H	20H	20H	40H	2.640
	Médico Cardiologista Clínico	20H	40H	40H	40H	40H	40H	3.300
	Médico Endocrinologia E Metabologia	20H	20H	20H	40H	40H	40H	2.640
	Médico Gastroenterologista Clínico	20H	20H	20H	20H	20H	20H	3.300
	Médico Ginecologia E Obstetrícia	20H	40H	40H	40H	40H	40H	3.080
	Médico Mastologista	20H	20H	20H	20H	20H	20H	3.300
	Médico Neurologista	20H	20H	20H	40H	40H	40H	1.760
	Médico Oftalmologista	20H	40H	40H	40H	40H	40H	3.300
	Médico Ortopedia E Traumatologia	20H	20H	20H	40H	40H	40H	3.300
	Médico Otorrinolaringologista	20H	40H	40H	40H	40H	40H	3.080
	Médico Urologista	20H	20H	20H	40H	40H	40H	3.300
	<b>CARGA HORÁRIA TOTAL CARDÁPIO BASICO</b>	<b>220H</b>	<b>300H</b>	<b>300H</b>	<b>380H</b>	<b>380H</b>	<b>400H</b>	<b>Total: 32.450</b>
<b>CADASTRO DE RE-SERVA</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>							



	Médico Colonoscopista	20H	20H	20H	20H	20H	20H	726	
	Médico Radiologista	20H	20H	20H	40H	40H	40H	-	
	<b>CARGA HORÁRIA TOTAL MÉDICOS P/ EXAMES E PROCEDIMENTOS</b>	<b>220H</b>	<b>240H</b>	<b>240H</b>	<b>280H</b>	<b>280H</b>	<b>300H</b>	<b>Total: 18.968</b>	
<b>TRABALHADORES NÃO MÉDICOS</b>	<b>TRABALHADORES NÃO MÉDICOS</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>
	Assistente Social	30H	1	1	1	1	1	1	1.760
	Enfermeiro	40H	3	3	3	3	3	3	1.760
	Psicólogo Clínico	40H	1	1	1	1	1	1	2.640
	Nutricionista	40H	1	1	1	1	1	1	3.520
	Farmacêutico	40H	1	1	1	1	1	1	1.760
	Téc. de Enfermagem	40H	14	14	14	14	14	15	848
	Téc. de Radiologia (Tomografia + Ressonância)	20H	4	4	4	4	4	5	3.300
	Téc. de Radiologia (Raio X e Mamografia)	20H	4	4	4	4	4	4	3.630
	Téc. de Radiologia (Densitometria óssea)	20H	2	2	2	2	2	2	3.630
	Ouvidor	40H	1	1	1	1	1	1	1.760
	Assessor Técnico	40H	2	2	2	2	2	2	-
	Assistente Administrativo	40H	12	12	12	12	12	13	5.500
	<b>QUANTIDADE TOTAL TRABALHADORES NÃO MÉDICOS</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>Total: 37.038</b>	
<b>PROCEDIMENTO/EXAME</b>					<b>QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS</b>		<b>CAPACIDADE PRODUÇÃO ANUAL</b>		
Biópsias					-		330		
Colonoscopia					01		660		

Colposcopia	01	330
Densitometria Óssea	01	3.630
Ecocardiograma	01	1.760
Eletrocardiograma	02	6.600
Eletroencefalograma	01	1.760
Eletroneuromiografia	01	1.760
Endoscopia digestiva alta	01	1.320
Ergometria	02	3.520
Espirometria	01	650
Histeroscopia	01	308
Holter	10	3.520
Mamografia	01	6.600
MAPA	10	3.520
Radiografia	01	9.680
Ressonância Nuclear Magnética	01	4.400
Tomografia Computadorizada	01	8.800
Tratamento pé diabético/ curativos	-	1.320
Ultrassonografia	03	6.600

Videolaringoscopia	01	550
<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS/ EXAMES</b>	<b>41</b>	<b>67.618</b>

**ANEXO 3**

Autorização para coleta de dados – Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana

**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Eu, Monique Seixas Daltro, ocupante do cargo de diretora geral do(a) Policlínica Regional de Saúde da Região de Feira de Santana, AUTORIZO a coleta de dados do projeto "ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: O CASO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA" dos pesquisadores Adriano Maia dos Santos (Universidade Federal da Bahia) e Celita Nazareth Pacheco De Menezes (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, UEFS) após a aprovação do referido projeto pelo CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT - UFBA.

Estou ciente de que haverá parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa (conforme CARTA Nº 0212 CONEP/CNS), e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Feira de Santana, 09 de maio de 2022.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CARIMBO:

Monique Seixas Daltro  
Diretora Geral Policlínica Regional de  
Saúde de Feira de Santana

Policlínica Regional de Saúde em Feira de Santana-BA  
Avenida Eduardo Frôes da Mota, S/N – 35º BI – CEP: 44.050-220 – Feira de Santana - Bahia.  
Fone: (75) 3624-6836/2422/5614.

**ANEXO 4**

Autorização para coleta de dados – Coordenador do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste

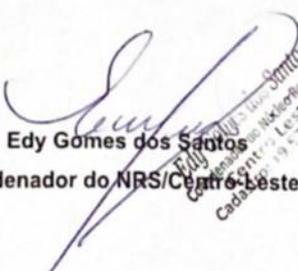


**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia  
Núcleo Regional de Saúde Centro-Leste

Eu, Edy Gomes dos Santos, ocupante do cargo de Coordenador Técnico do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste, AUTORIZO a coleta de dados do projeto "ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: O CASO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA" dos pesquisadores Adriano Maia dos Santos (Universidade Federal da Bahia) e Celita Nazareth Pacheco de Menezes (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, UEFS) após a aprovação do referido projeto pelo CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT - UFBA.

Estou ciente de que haverá parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa (conforme CARTA Nº 0212 CONEP/CNS), e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Feira de Santana, 02 de maio de 2022

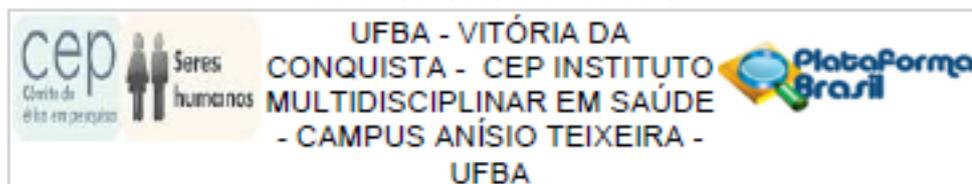
  
**Edy Gomes dos Santos**  
Coordenador do NRS/Centro-Leste

Edy Gomes dos Santos  
Coordenador do NRS/Centro-Leste  
Cadastro: 19.7.78.093-9

Av. Deputado Colbert Martins da Silva, S/N - CIS - Feira de Santana - Ba - Cep: 44010-555  
TEL: (75)3612-4964/4965 - edy.gomes@saude.ba.gov.br

## ANEXO 5

### Parecer Consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Organização e Oferta de Serviços Especializados: o Caso da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana, Bahia

**Pesquisador:** Adriano Mala dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58943222.7.0000.5556

**Instituição Proponente:** Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

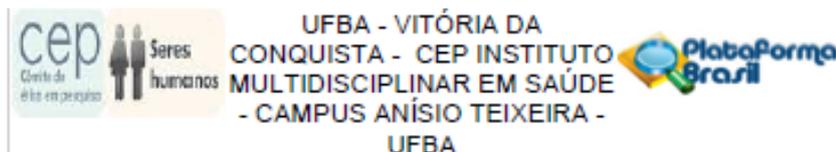
##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.556.016

##### Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Organização e Oferta de Serviços Especializados: o Caso da Policlínica Regional de Saúde de Feira de Santana, Bahia" e tem como objeto de estudo a análise da organização e oferta de serviços especializados em uma região de saúde por meio de policlínica regional. A partir do entendimento dos inúmeros desafios de construção de uma rede regionalizada que atenda às necessidades de saúde da população, este estudo traz como proposição investigar a conformação da oferta de serviços da policlínica regional implantada a região de saúde de Feira de Santana, no contexto da diversidade regional, em seus aspectos socioeconômicos, técnicos e assistências. E, desta forma, trazer contribuições para a organização do serviço, numa perspectiva de enfrentamento das desigualdades e iniquidades do acesso, a partir da reorientação da oferta de assistência adequada ao perfil de necessidades dos municípios que compõem a região de saúde. Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, tendo como campo de investigação a região de saúde de Feira de Santana, Bahia. Será utilizada a amostragem por saturação, sendo uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, permitindo delimitar o tamanho final da amostra em estudo, quando for identificada pelo pesquisador, uma certa redundância ou repetição, interrompendo a captação de novos componentes. O tratamento

Endereço: Rua Homindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 1º andar - Prédio administrativo  
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094  
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA  
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Projeto: 5.556.016

dos dados empíricos seguirá a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2014).

**Hipótese:**

A Implantação da Policlínica Regional pode ampliar o acesso e possibilitar maior garantia da Integralidade do cuidado para a população da região de saúde, a partir do fortalecimento dos espaços de governança regional e efetivo planejamento integrado para adequada oferta de ações e serviços de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a organização e a oferta de serviços especializados em região de saúde por meio de policlínica regional.

**Objetivo Secundário:**

- Analisar as articulações Intergestores para consecução da policlínica na região de Feira de Santana;
- Analisar a governança locoregional – gestores estadual, regional e municipais, iniciativa privada e categorias profissionais – e como os diferentes sujeitos favoreceram ou foram contrários à adoção da policlínica de saúde para oferta de atenção especializada;
- Discutir os avanços e desafios do Consórcio Interfederativo de Saúde para viabilizar a oferta de serviços especializados na região de saúde de Feira de Santana

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Risco:** Segundo os pesquisadores, a pesquisa trará riscos mínimos e que estão relacionados ao desconforto em responder alguma das Indagações. Os pesquisadores relatam que o tempo de entrevista poderá ser um fator de desconforto, muito embora, previamente, será acordado com cada entrevistado um tempo limite que o mesmo disporá para a entrevista. No momento da entrevista, o participante (respondente) terá liberdade para não responder qualquer uma das questões, bem como, caso sinta-se com necessidade de interrupção ou remoção de qualquer parte anteriormente respondida, o mesmo poderá solicitar ao pesquisador. O entrevistado pode temer ser identificado, mas os dados advindos deste projeto serão mantidos em sigilo e utilizados para fins acadêmicos com as devidas codificações para manter o anonimato.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias, 1º andar - Prédio administrativo  
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094  
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA  
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepins@ufba.br