



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA- UFBA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**



KAMILLA SANTOS SILVA AZEVEDO

**ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO À
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA
POLICLÍNICA REGIONAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA**

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA
JULHO DE 2023**

KAMILLA SANTOS SILVA AZEVEDO

**ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO À
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA
POLICLÍNICA REGIONAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Dra Patty Fidelis de Almeida

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA
JULHO DE 2023**

Kamilla Santos Silva Azevedo

“Atenção especializada na perspectiva de integração à rede de atenção à saúde: uma análise a partir da policlínica regional de Vitória da Conquista”


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Políticas, gestão e programas em saúde

Aprovada em 21/07/2023


BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Patty Fidelis de Almeida (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense – UFF

 Documento assinado digitalmente
ADRIANO MAIA DOS SANTOS
Data: 14/08/2023 16:55:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Examinador Interno)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

 Documento assinado digitalmente
DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE
Data: 14/08/2023 09:19:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Daniela Gomes dos Santos Biscarde (Examinadora Externa)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

A994

Azevedo, Kamilla Santos Silva.

Atenção especializada na perspectiva de integração à rede de atenção à saúde: uma análise a partir da policlínica regional de Vitória da Conquista. / Kamilla Santos Silva Azevedo. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023. 92 f. ; il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patty Fidelis de Almeida

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

1. Atenção à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Consórcios de Saúde. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Almeida, Patty Fidelis de. III. Título.

CDU: 614.39(813.8)(043.3)

DEDICATÓRIA: *Dedico este trabalho de maneira especial à minha família... vocês são minha vida!*

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de finalizar mais um ciclo, uma experiência transformadora capaz de despertar os mais diversos sentimentos, emoções antagônicas. Não foi fácil chegar até aqui... mas quem disse que seria?

Encarar duas gestações tão diferentes (meu filho amado Rodrigo e o mestrado), ambas desejadas e sonhadas, mas ao mesmo tempo tão desafiadoras e que exigiam de mim entrega.

Hoje só tenho muito a agradecer a Deus por estar sempre presente em minha vida, fortalecendo minha espiritualidade e por agraciar-me com a vida do meu esposo e filho. Vocês são minha força, razão para que eu jamais desista.

Agradeço aos meus pais e minha irmã por garantirem minha rede de apoio nos momentos mais difíceis desse percurso. Sem vocês nada seria possível!

Estendo meu agradecimento à UFBA, aos colegas e docentes por oportunizarem trocas de afeto e conhecimento tão enriquecedoras e que serviram para ampliar minha percepção de mundo.

Meu agradecimento também vai para os profissionais pertencentes aos campos de coleta que serviram como cenário desse estudo. Obrigada pela parceria e confiança.

Finalmente, e não menos importante, agradeço a Patty pela paciência de sempre. Ser sua orientanda colaborou para meu amadurecimento como pessoa e profissional.

APRESENTAÇÃO

O início da minha trajetória na área da saúde tem como ponto de partida o bacharelado em enfermagem, pela Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar de Saúde/Campus Anísio Teixeira, no ano de 2009/2014, período no qual tive oportunidade de experimentar vivências embasadas nos pilares da educação e formação em saúde, no cuidado individual e coletivo, na análise do processo de trabalho em saúde.

Particpei, ainda na graduação, do Estágio de Vivências no SUS, em Salvador-BA, com o objetivo de me aproximar das mais diversas realidades que integram o SUS, em articulação com estudantes, gestores, trabalhadores de saúde e usuários, todos comprometidos a transformação das práticas sociais a partir da realidade local.

Tive a oportunidade de construir e apresentar trabalhos em congressos como o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e 10º Congresso Internacional da Rede Unida; participar e elaborar pesquisas, durante a Iniciação Científica, voltadas para a discussão do papel da atenção básica à saúde na coordenação dos cuidados; publicar resenha crítica da obra ‘O que é o SUS’, do autor Jairnilson Paim, na revista Saude.com; participar do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde/ Redes de Atenção-Rede Cegonha), consistindo-se numa importante ferramenta de conscientização acerca das dificuldades a serem enfrentadas no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no Planejamento Familiar.

Muitas foram as atividades acadêmicas que fomentaram minha paixão pela saúde coletiva, incentivando-me a conhecer um pouco mais sobre suas potencialidades e desafios, sobretudo no que diz respeito ao planejamento e gestão dos serviços de saúde. São elas: as intensas discussões promovidas pelas disciplinas da matriz curricular de enfermagem (Educação em Saúde, Enfermagem e Sociedade, Saúde Coletiva, Direitos Humanos e Saúde, Vigilância em Saúde, Administração e Planejamento em Serviços de Saúde e Estágios Curriculares), bem como a disciplina “Produção do Cuidado em Saúde: sujeito, saberes e práticas”, ofertada por este programa de pós-graduação.

Como fruto desta paixão meu trabalho de conclusão de curso resultou no artigo ‘Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde’, sendo este aprovado e publicado na íntegra pela revista RECIIS, em junho de 2017.

Somada a todas essas experiências, tive oportunidade de realizar o curso de especialização em “Auditoria em Serviços e Sistemas de Saúde”, oferecido pela Unigrad, em parceria com a Faculdade Guanambi, no período 2014/2015. Apesar de abrangente, tal formação focava numa perspectiva de auditoria dentro do setor privado de saúde, e isso alimentava minha inquietação em investigar como a auditoria funcionava no setor público. Foi então que encontrei este programa de mestrado a oportunidade de desenvolver um trabalho que contemplasse tal temática. Foram aproximadamente 03 anos me preparando e me submetendo a processos seletivos, sendo então aprovada no ano de 2021.

O desejo de ingressar no programa de mestrado em saúde coletiva sempre foi muito bem definido em mim, e viabilizou ainda mais o acesso aos mais diversos temas que englobam a saúde coletiva, ao mesmo tempo que me conduziu a uma reflexão mais profunda, na tentativa de compreender as nuances que permeiam a integração dos serviços especializados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Ao me submeter ao processo seletivo deste programa e receber aprovação pude, não só realizar um sonho, mas rever minhas práticas como cidadã e profissional de saúde, a partir das experiências vivenciadas e principalmente dos mais diversos saberes compartilhados, com perspectivas de colaborar para o fortalecimento do SUS por meio da compreensão do papel da Atenção Especializada (AE) nas RAS. A experiência recente de implantação das Policlínicas Regionais de Especialidades na Bahia, particularmente o caso de Vitória da Conquista, constituiu o cenário deste estudo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Oferta de Atenção Especializada em Sistemas de Saúde Internacionais.....	14
Figura 1 – Localização das Policlínicas no Estado da Bahia, Brasil, 2021.....	20
Quadro 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa – Bahia, Brasil, 2021- Etapa I.....	24
Quadro 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa – Bahia, Brasil, 2022- Etapa II.....	26
Quadro 4 – Matriz para análise da prestação da oferta de Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde, via Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, 2021.....	27
Quadro 2 (do artigo 1) – Matriz para análise da organização e oferta de Atenção Especializada e Transporte Sanitário na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde em regiões de saúde.....	33
Quadro 3 (do artigo 1) – Síntese dos resultados empíricos com base em falas expressivas dos participantes da pesquisa.....	42
Quadro 1 (do artigo 2) – Caracterização dos Municípios pertencentes à região de saúde de Vitória da Conquista-Bahia, pactuados com o CISVITA (2022-2023)	54
Quadro 2 (do artigo 2) – Caracterização dos Municípios pertencentes à região de saúde de Itapetinga-Bahia, pactuados com o CISVITA (2022-2023)	55
Quadro 3 (do artigo 2) – Caracterização dos participantes da pesquisa - Bahia, Brasil, 2022- Etapa II...55	55
Quadro 4 (do artigo 2) – Matriz para análise da prestação da oferta de Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde, via Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, 2022. - Etapa II.....	57

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar a oferta de Atenção Especializada (AE) e transporte sanitário das policlínicas regionais implantadas na Bahia, por meio dos Consórcios Interfederativos de Saúde, tendo como foco a experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista e Itapetinga, considerando os atributos de oferta da AE de acordo com a moldagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a perspectiva dos sujeitos que participaram do processo de implantação, bem como os que atuam na gestão e assistência direta ao usuário. Trata-se de um estudo de caso exploratório, com abordagem qualitativa, abrangendo duas etapas de pesquisa sendo a primeira entre maio e junho de 2021, voltada para entrevista com gestores e gerentes, totalizando 19 participantes. A segunda etapa ocorreu no período entre outubro e novembro de 2022, e consistiu na entrevista de 09 trabalhadores da policlínica e transporte sanitário. O instrumento de coleta utilizado foi um roteiro semiestruturado. Foi realizada análise de conteúdo temático com base nas seguintes dimensões: Planejamento da oferta de AE e transporte sanitário com base em necessidades de saúde regionais; Transporte sanitário eletivo; Acesso regulado e cuidado coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS); Integração com outros pontos e profissionais da RAS na região de saúde; Cuidado multiprofissional na AE; Prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e de acesso à AE compartilhados com os municípios e APS; Integração e comunicação entre AE e controle social/população; Função de matriciamento, Educação Permanente, integração ensino-serviço e de pesquisa na AE; Fluxos de Referência e contrarreferência; Educação permanente e espaço de formação profissional; Papel da policlínica regional na produção do cuidado especializado. Entre os resultados encontrados nas duas fases da pesquisa estão avanços como a ampliação da oferta de AE, com transporte sanitário garantido; viabilização de fixação de profissionais qualificados; monitoramento da provisão de AE; avanços na regulação por meio de sistema operacional; existência de iniciativas como o Projeto Caminhos do Cuidar que visa o acompanhamento do cumprimento da Lei dos sessenta dias para pacientes com câncer; atendimento voltado a pacientes com complicações provenientes do diabetes; educação permanente voltada para profissionais em parceria com instituições como o Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV), Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Como desafios surgiram dificuldades no processo de referência e contrarreferência; inexistência de prontuários clínicos eletrônicos que sejam compartilhados entre a policlínica e demais pontos de atenção; necessidade de maior incentivo voltado para educação permanente e integração ensino-serviço

e pesquisa; construção de canais de comunicação entre AE e APS, entre outros. Com base nos resultados, concluiu-se que mesmo havendo avanços importantes no processo de expansão da AE ainda se fazem necessários ajustes que permitam sua funcionalidade de maneira resolutiva e integrada, articulando-se com os demais pontos de atenção e para isso, fortalecer a APS seria um dos aspectos mais urgentes a serem conquistados.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Especializada à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Regionalização; Consórcios de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the offer of Specialized Care (SA) and health transport of the regional polyclinics implemented in Bahia, through the Interfederative Health Consortia, focusing on the experience of the Regional Health Polyclinic of Vitória da Conquista and Itapetinga, considering the attributes of the Specialized Care offer according to the molding of the Health Care Networks, from the perspective of the subjects who participated in the implementation process of the same, as well as those who work in the management and direct assistance to the user. This is an exploratory and instrumental case study, with a qualitative approach, covering two stages of research, the first being between May and June 2021, aimed at interviewing managers and managers, totaling 19 people. The second stage took place between October and November 2022, and consisted of interviewing 09 workers from the polyclinic and health transport. The collection instrument used was a semi-structured script. Thematic content analysis was carried out based on the following dimensions: Planning of EC supply and health transport based on regional health needs; Elective sanitary transport; Regulated access and care coordinated by the APS; Integration with other RAS points and professionals in the health region; Multiprofessional care in the EC; Electronic medical records, clinical protocols and access to EC shared with municipalities and APS; Integration and communication between AE and social/population control; Matrix function, Continuing Education, teaching-service integration and research in the AE; Referral and counter-referral flows; Permanent education and space for professional training; Role of the regional polyclinic in the production of specialized care. Among the results found in the two phases of the research are advances such as the expansion of the supply of EC, with guaranteed medical transport; enabling the retention of qualified professionals; monitoring of AE provision; advances in regulation through the operating system; existence of initiatives such as the Caminhos do Cuidar Project, which aims to monitor compliance with the sixty-day law for cancer patients; care aimed at patients with complications from diabetes; permanent education aimed at professionals in partnership with institutions such as the Center for Attention and Support to Life (CAAV), Health Department of the State of Bahia (SESAB). As challenges, difficulties emerged in the referral and counter-referral process; lack of electronic clinical records that are shared between the polyclinic and other points of care; need for greater incentives aimed at permanent education and teaching-service integration and research; construction of communication channels between AE and APS, among others. Based on this, it was concluded that even with important advances in the process of expansion of the EC, adjustments are still

necessary that allow its functionality in a resolute and integrated way, based on the PASA model, articulating with the other points of attention and to Therefore, strengthening PHC would be one of the most urgent aspects to be conquered.

KEYWORDS: Specialized Health Care; Access to Health Services; Regionalization; Health Consortia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Algumas considerações sobre a prestação de Atenção Especializada à Saúde	13
2.2 Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde	17
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	22
3.1 Tipo e Cenário de Estudo.....	22
3.2 Fontes de Informação e Sujeitos da Pesquisa	23
3.3 Análise dos Dados	26
4. ASPECTOS ÉTICOS	29
5. RESULTADOS	30
5.1 Artigo 1	30
5.2 Artigo 2	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
7. PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE COM NOVOS ESTUDOS	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	84

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público, baseado na seguridade social e que visa a garantia do acesso universal, prestação do cuidado integral, o equitativo uso dos recursos disponíveis e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população (PAIVA, 2014; PAIM, 2009).

Para garantir o alcance da integralidade, o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, constituído por Redes de Atenção à Saúde (RAS), estando estas conformadas por serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, e que atuem de maneira cooperativa e interligada. Dessa forma, espera-se que o acesso aos serviços de saúde ocorra, preferencialmente, via Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado, qualificada para atender e resolver os principais problemas e necessidades em saúde. Sua articulação com os demais pontos de atenção permite referenciar situações não solucionadas para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares (PAIM, 2011; SOLLA *et al.*, 2012)

Todavia, ao acessar a Atenção Especializada (AE), o usuário se depara com uma estrutura segmentada, desconectada dos outros níveis de atenção (APS e hospitalar). Além disso, fracionada do ponto de vista interno em consultas especializadas, exames complementares e terapias especializadas, resultando na multiplicidade de agendamentos, atrasos no tratamento, absenteísmo, filas, perda de oportunidade terapêutica e mudanças no estágio clínico e no prognóstico (CANONICI, 2014; MENDES, 2019).

Em outras palavras a prestação de AE encontra-se imersa num modelo de organização em SILOS (compartimentos fechados), no qual atua de maneira isolada, possui resultados econômicos e sanitários incompatíveis com as necessidades de saúde, profissionais e usuários insatisfeitos, sem vinculação territorial de especialistas (MENDES, 2019). Não existe plano de cuidado compartilhado com a APS e muito menos o monitoramento das pessoas atendidas. A oferta de serviços fica limitada a consultas e procedimentos, não havendo espaço para a educação permanente e supervisão clínica, muito menos segunda opinião e pesquisa clínica, tornando esse modelo insuficiente à complexidade da demanda referida à AE (MATOS *et al.*, 2019).

Em contrapartida, um modelo alternativo ao silos seria o de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial ou PASA, na qual deve prevalecer o compartilhamento da responsabilidade na coordenação do cuidado pelos generalistas e especialistas, além disso, a

dinâmica entre a APS e AE, possuindo como atributos ser segura e planejada para evitar danos às pessoas; ser efetiva; ser centrada nas pessoas; ser eficiente; ser equitativa, entre outros (MENDES, 2019).

Dessa forma, um dos aparelhos públicos que poderia se aproximar da dinâmica PASA no SUS seriam as Policlínicas Regionais de Saúde, geridas via Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS), a exemplo de outras experiências nacionais, como é o caso do Ceará (ALMEIDA *et al.*, 2019), e que servem como inspiração para o modelo implementado na Bahia, devido a sua organização e planejamento regionais, com garantia de transporte sanitário de forma que o usuário não tenha gastos adicionais e possa ter o acesso garantido (SESAB, 2021).

Para além disso, o PASA e as policlínicas regionais compartilham alguns atributos, ainda que em teoria, como, por exemplo, possuir uma gestão embasada nas necessidades de saúde de uma população cadastrada na APS pelos municípios consorciados; consistir num sistema de “porta fechada”, ou seja, os usuários não conseguem acessá-lo diretamente, mas sim mediante encaminhamento realizado pela APS. Nesse sentido, também é importante considerar a experiência do conjunto de atores envolvidos.

Diante do exposto, esta dissertação é guiada pela seguinte pergunta de investigação: Como a experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista se aproxima de um modelo de oferta de AE em perspectiva redes regionalizadas de atenção à saúde, tendo os atributos do modelo PASA como norte?

A partir de tal questionamento, esta pesquisa objetivou analisar a experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista e Itapetinga, a partir dos atributos de um modelo de oferta de AE na perspectiva das redes regionalizadas de atenção à saúde, sob o prisma de diversos atores: gestores, prefeitos, profissionais das policlínicas, entre outros. Buscou-se identificar elementos, possibilidades e limites para a atuação coordenada e integrada aos demais serviços e profissionais da rede assistencial na região de saúde e, com base no trabalho realizado, apresentar elementos de um modelo de prestação de AE afeito à modelagem das redes regionalizadas de atenção à saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Algumas considerações sobre a prestação de Atenção Especializada à Saúde

A integralidade do cuidado almejada no setor saúde, consiste no resultado oriundo da relação de complementaridade entre os mais diversos níveis de atenção, em especial, a APS e os cuidados especializados, favorecendo uma relação que deveria ser sinérgica entre ambos (TESSER, 2017).

Conceitualmente, a AE deve constituir-se num conjunto de dispositivos no qual sejam desenvolvidas ações e práticas que englobam tecnologias especializadas, devendo ser ofertada de uma maneira hierarquizada, regionalizada, apoiada na economia de escala, considerando não só o custo/benefício, como também a qualidade na prestação de serviços e saúde (SOLLA *et al.*, 2012).

Quanto à organização e prestação de serviços, a configuração da AE modifica-se de acordo com o sistema de saúde de cada país. O *International Profiles of Health Care Systems* (2022) sumariza a diversidade organizacional do atendimento ambulatorial especializado em consultórios particulares e hospitais públicos ou privados de diferentes nações, conforme descrito no **Quadro 1**. Em países como Austrália, Canadá e Japão, os usuários possuem autonomia na escolha do especialista, muitas vezes não sendo necessário encaminhamento prévio. Na Itália, uma vez encaminhados, os pacientes podem escolher qualquer hospital público ou privado credenciado, mas não têm escolha de especialista. Na Suíça, os usuários que possuem residência fixa e que não estão cadastrados em algum plano de saúde, possuem acesso gratuito aos especialistas sem a necessidade de encaminhamento prévio. Nos Estados Unidos, a AE é ofertada em consultórios particulares e hospitais, e o acesso aos especialistas pode ser limitada para os beneficiários do programa Medicaid e Medicare.

QUADRO 1: OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SISTEMAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS

PAÍS	TIPO DE COBERTURA	ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AUSTRÁLIA	<p>Programa de seguro de saúde público universal administrado pelo Medicare.</p> <p>Acesso à AE via seguro suplementar privado.</p>	<p>O paciente tem autonomia na escolha do especialista, embora o encaminhamento seja realizado pelo médico da família.</p> <p>Locais de Prestação da AE: Consultório particular ou em hospitais públicos.</p>
CANADÁ	<p>Sistema de saúde descentralizado, universal, denominado Canadian Medicare.</p>	<p>A prestação de cuidados especializados está mais presente em hospitais, com especialistas autônomos.</p> <p>Os pacientes podem optar por ir diretamente a um especialista, ou serem encaminhados pelos médicos para atendimento especializado.</p>
CHINA	<p>Cobertura universal por meio de seguros públicos.</p>	<p>Atenção especializada ofertada principalmente em hospitais.</p> <p>Os pacientes podem escolher o especialista através de seu hospital.</p>
ESTADOS UNIDOS	<p>Não possui cobertura universal e o seu sistema de saúde é composto por seguradoras e prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, com e sem fins lucrativos.</p> <p>O seguro privado é a forma dominante de cobertura, sendo fornecido principalmente pelos empregadores.</p> <p>Seguradoras públicas e privadas definem seus próprios pacotes de benefícios e estruturas de compartilhamento de custos,</p>	<p>AE ofertada em consultórios particulares e hospitais.</p> <p>O acesso a especialistas para os beneficiários dos programas Medicaid e Medicare – para não falar de pessoas sem seguro – pode, portanto, ser particularmente limitado.</p>

	conforme as regulamentações federais e estaduais.	
ITÁLIA	<p>Cobertura universal ofertada pelo Serviço Nacional de Saúde da Itália (SSN), estabelecido por legislação em 1978. O SSN cobre automaticamente todos os cidadãos e residentes estrangeiros legais.</p> <p>Desde 1998, os imigrantes indocumentados têm acesso a serviços urgentes e essenciais.</p> <p>Os visitantes temporários são responsáveis pelos custos de quaisquer serviços de saúde que recebam.</p>	<p>AE é geralmente prestada por unidades de saúde locais ou por hospitais públicos e privados credenciados com eles.</p> <p>Uma vez encaminhados, os pacientes podem escolher qualquer hospital público ou privado credenciado, mas não têm escolha de especialista.</p>
JAPÃO	<p>O sistema estatutário de seguro de saúde do Japão oferece cobertura universal. É financiado principalmente por impostos e contribuições individuais.</p> <p>Os benefícios incluem cuidados hospitalares, primários, especializados e de saúde mental, bem como medicamentos prescritos. A maioria dos moradores tem plano de saúde privado.</p>	<p>AE é fornecida em ambulatórios hospitalares ou clínicas, sem necessidade de encaminhamento prévio.</p>
SUIÇA	<p>Sistema de Saúde Universal, financiado por impostos, contribuição por seguros sociais e desembolso direto. Os residentes são obrigados a pagarem seguro privado sem fins lucrativos.</p>	<p>Os usuários que possuem residência fixa e que não estão cadastrados em algum plano de saúde, possuem acesso gratuito aos especialistas sem a necessidade de encaminhamento prévio.</p>

Fonte: The Commonwealth Found, 2020. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policycenter/system-profiles>.

No Brasil, segundo a dinâmica das RAS no SUS, a AE é reconhecida como equipamento de média densidade tecnológica ou nível de atenção secundário, devendo pautar-se em atributos como: estar articulada com os demais pontos de atenção à saúde; ser ofertada

por centros de especialidades médicas (policlínicas, ambulatorios, núcleos de especialidades de saúde, consultórios autônomos vinculados ao setor privado, ou ainda vinculada a ambulatorios de hospitais); ser acessada, preferencialmente, mediante encaminhamento concedido pela APS, de forma que os prontuários clínicos eletrônicos estejam também integrados a ela; dispor de protocolos clínicos construídos com base em evidências para nortear as decisões clínicas do cuidado multiprofissional; participar de processos de educação permanente que envolvam tanto a APS quanto a AE (MENDES, 2011).

Entretanto, a AE constitui-se como nó crítico do sistema de saúde de modo geral e a insuficiência de estudos sobre o tema contribui para um vazio cognitivo e assistencial (CONASS, 2016). Isso ocorre devido a oferta de AE desorganizada e fragmentada, concentrada em poucas regiões, com sistemas locais isolados, geridos com base numa multiplicidade de interesses, transgredindo o princípio da universalidade (VIANA, *et al.*, 2014). Em outras palavras, essa estrutura de prestação de AE está presente no modelo denominado como Sistemas Fragmentados de Saúde ou SILOS no qual a AE encontra-se isolada, possui resultados econômicos e sanitários incompatíveis com as necessidades de saúde, profissionais e usuários insatisfeitos (MENDES, 2019). Não existe plano de cuidado compartilhado com a APS e muito menos o monitoramento das pessoas atendidas. A oferta de serviços fica limitada a consultas e procedimentos, não havendo espaço para a educação permanente (importante ferramenta para transformação das práticas) e supervisão clínica, muito menos segunda opinião e pesquisa clínica, tornando esse modelo insuficiente à complexidade da demanda referida à AE (MATOS *et al.*, 2019).

Além disso, a ausência de um modelo organizativo de AE, sua insuficiência, concentração e a desarticulação com a APS, converge para a heterogeneidade da rede de cuidados especializados, resultando no aumento das filas de espera para especialidades e na descontinuidade do cuidado, sobretudo em municípios do interior e zonas rurais, ocasionando na necessidade de grandes deslocamentos (TESSER, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2021). Outrossim, a pulverização da oferta de serviços, altos gastos públicos, também contribuem como entraves no processo de regionalização, na conformação das RAS, e mobilização de agentes públicos e privados com interesses divergentes (LIMA, 2019; PIFANO, 2016).

Starfield (2002) faz alusão a uma relação de concorrência entre os níveis de complexidade assistencial, uma vez que AE, geralmente, exige mais recursos do que a APS, devido à ênfase no desenvolvimento tecnológico mais oneroso, ao invés de se concentrar esforços aos programas de prevenção de enfermidades. Isso a torna menos acessível para quem não pode pagar pela AE em países que não apresentam sistemas públicos universais.

Como possível resposta para tais dificuldades, Mendes (2011) sugere que APS e AE passem a integrar um único microssistema clínico, regulado pela APS, permitindo que os serviços especializados sejam acessados a partir de uma racionalidade clínica (NORMAN, 2009). Dessa forma, não se trata apenas de aumentar a oferta de AE, mas de integrá-la à modelagem das RAS.

Frequentemente, estudos que abordam a relação ou a coordenação entre níveis assistenciais, tomam como referência os profissionais da APS. Contudo, é de suma importância investir na produção de pesquisas direcionadas à participação dos especialistas nesse processo, visto que estes também se encontram inseridos na RAS e compartilham o cuidado dos usuários com os demais profissionais da rede (MENDES, *et al.*, 2021). Essa colaboração internível favorece a uma oferta de atenção à saúde mais segura e qualificada, apesar das barreiras que desafiam sua articulação (SCHOT *et al.*, 2020).

Visando a superação desses obstáculos, a iniciativa de implantação de Policlínicas Regionais de Especialidades via CIS têm como proposta qualificar e ampliar a oferta de AE, melhorando o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, colaborando também para o fortalecimento da regionalização por meio da descentralização das ações e cuidados em saúde (ELOY, 2019; SESAB, 2022).

2.2 Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde e as Policlínicas Regionais de Especialidades

Os Consórcios Públicos são dispositivos conformados com base na união cooperativa e voluntária entre os entes federados (União, estados, municípios e Distrito Federal), sem finalidade lucrativa, de direito público, destinados para a aquisição de bens ou prestação de serviços, visando o interesse coletivo e benefícios públicos (BORGES *et al.*, 2022).

Para além disso, os consórcios também podem ser implantados com o propósito de solucionar problemas territoriais que perpassam pelos mais diversos setores - educação, meio ambiente, infraestrutura - maximizando o acesso e a qualidade dos serviços prestados, com custos reduzidos (LINHARES, *et al.*, 2012).

A experiência de consórcios não corresponde a um fato novo, pois desde meados do século XIX, na Europa, identificou-se a mobilização de municípios para a superação de problemas em comum. No Brasil, em 1930, tal mobilização resultou na construção de hospitais no estado de São Paulo, mas somente em 1960 e 1970, o Consórcio de Promoção Social da

Região de Bauru e Consórcio de Desenvolvimento do vale do Paraíba foram implantados respectivamente (CUNHA, 2004; TELÉFORA, 2020).

No âmbito da saúde, a implantação dos consórcios pode ser pensada tanto para aquisição de insumos (medicamentos e equipamentos) de forma mais regional, como também para organizar as demandas por consultas e serviços especializados (LUI, *et al.*, 2020). No SUS, seu potencial descentralizador deve contribuir para a expansão do acesso e da oferta de serviços para municípios de pequeno porte (95% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes), viabilizando o processo de regionalização da atenção à saúde. Com isso, espera-se que haja a integração dos diversos níveis do cuidado à saúde, atrelada às políticas econômicas e sociais, promovendo a inclusão social e convergindo para a redução das desigualdades regionais (NEVES, 2006; PIFANO, 2016; BOTTI, *et al.*, 2014; GADELHA, 2009; VIANA, *et al.*, 2010).

Quanto ao seu arcabouço jurídico, são embasados pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 241, versando pela regulamentação dos consórcios; lei orgânica da Saúde (8080/90 e 8142/90) que versa sobre o protagonismo dos municípios na organização desses espaços; pela Lei dos Consórcios Nº 11.107/2005, abordando o fortalecimento da união federativa; a descentralização e regionalização, entre outros (ELOY, 2019). Tal Lei, regulamentada pelo decreto 6.017/2007, viabilizou a organização de consórcios públicos, estabelecendo regras para sua contratação, além de definir objetivos como por exemplo as ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional (TELÉFORA, 2020).

No que diz respeito às modalidades de associação entre os entes federados, a classificação pode ocorrer por meio da união formal entre dois ou mais entes da mesma esfera, de forma horizontal como, por exemplo, os Consórcios Intermunicipais, que consistem em sua maioria no Brasil, ou entes de esferas diferentes, de forma vertical, como é o caso dos Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde (CIS), compostos, na maioria dos casos, por estados e municípios (ELOY, 2019).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde são formados a partir de uma escolha autônoma dos municípios, de forma que, não haja uma necessidade em obedecer à divisão territorial da Região de Saúde ou da Comissão Intergestora Regional (CIR) da respectiva unidade federativa estadual (LUI *et al.*, 2020). Tal possibilidade pode viabilizar a fragmentação do sistema de saúde, devido à pluralidade de objetivos, podendo resultar no retrocesso das estratégias de coordenação e cooperação das esferas de gestão de políticas de saúde (SEGATTO, 2016; GRIN, 2017). Apesar do risco, há experiências exitosas como o Consórcio

Intermunicipal de Saúde da região de Penápolis- CISA, no estado de São Paulo, que conforme citado por Neves (2006), funciona regularmente há mais de 18 anos, otimizando a oferta de serviços de saúde aos municípios consorciados, sanando os vazios da média complexidade.

Já o caráter interfederativo da gestão dos consórcios passou ser mais expressivo no Brasil com a implantação desses dispositivos pelos governos estaduais, principalmente na região Nordeste, mais especificamente Pernambuco e Ceará, inspirando mais tarde, o estado da Bahia (JULIÃO, 2018). Dessa forma, a integração entre os municípios e o governo estadual colaborou para racionalização de recursos humanos e financeiros, aproximando gestores no exercício democrático da governança, planejando ações e executando os programas, além do rateio mensal do custeio (NETO, 2020).

A formação do CIS na Bahia, sustenta-se juridicamente na Lei nº13.374/2015, e segundo informações do Observatório Baiano de Regionalização, para a conformação dos CIS, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

Aprovação das Leis autorizativa nas câmaras municipais; Assinatura do Protocolo de Intenções entre estado e municípios da região que vão compor o consórcio; Definição da dotação orçamentária (planejamento e orçamento financeiro) pelos entes consorciados; Realização da Assembleia estatuinte para escolha de presidente e aprovação do Estatuto; Pactuação e aprovação do Contrato de Programa; Aprovação Contrato de Rateio (obrigações financeiras dos entes consorciados); Estruturação e organização da gestão do Consórcio (BAHIA, 2022).

Em território baiano, os CIS atuam na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde, que de acordo com o Observatório Baiano de Regionalização (2022), são 23 CIS instituídos e 23 Policlínicas inauguradas, conforme elencadas na **figura 01**.

Figura 01. Localização das Policlínicas no Estado da Bahia, Brasil, 2023



Fonte: Observatório Baiano de Regionalização, 2023. Disponível em: <http://https://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/locais-da-policlinicas-regionais/>

As Policlínicas Regionais de Especialidades da Bahia, constituem estruturas especializadas no apoio diagnóstico, sendo compostas por uma equipe multiprofissional qualificada para atender às demandas de saúde no SUS, pautadas no perfil epidemiológico da região na qual está vinculada (BAHIA, 2022). Segundo dados da SESAB (2021), a gestão desse aparelho encontra-se sob responsabilidade do governo do estado e municípios, sendo os custos divididos pelos mesmos, estando o primeiro responsável por 40% e o segundo por 60% do investimento, sem custeio federal. O acesso aos serviços especializados deve ocorrer por meio do agendamento prévio, realizado pela Secretaria de Saúde dos municípios consorciados. Usuários pertencentes a outros municípios contam com microônibus para realização do traslado.

O CISVITA (Consórcio Interfederativo de Saúde da região de Vitória da Conquista e Itapetinga), no qual encontra-se a Policlínica Regional, objeto desse estudo, consiste num consórcio público interfederativo, integrado pelo Estado da Bahia e 28 municípios que

comportam a região de saúde de Vitória da Conquista e Itapetinga, sendo presidido atualmente pelos prefeitos do município de Encruzilhada (presidente) e Vitória da Conquista (vice-presidente) além de contar com um diretor executivo (BAHIA, 2022).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo fez parte de uma pesquisa maior intitulada: “Modelos de organização e oferta de atenção especializada em saúde: como garantir a integralidade?” que teve como objetivo analisar a organização e oferta de AE e transporte sanitário nas Policlínicas Regionais da Bahia, por meio dos Consórcios Interfederativos de Saúde e em Municípios Rurais e Remotos (ALMEIDA *et al.*, 2022). Com esse intuito, buscou-se identificar elementos que configurassem o modelo de AE integrado às Redes de Atenção à Saúde. Esta dissertação centrou-se no estudo de caso realizado no CIS/Policlínica Regional de Vitória da Conquista.

3.1 Tipo e Cenário de Estudo

A produção do conhecimento científico dá-se por meio da comunhão entre teoria e empirismo expressos a partir do percurso metodológico trilhado pelo pesquisador. Nesse sentido, a função fundamental do método deve ser “tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador” (MINAYO, 2014: p. 54).

Para a realização do presente estudo, optou-se pela abordagem qualitativa não em detrimento da importância que as abordagens quantitativas trazem para as ciências sociais, mas por tratar-se de um estudo em que a abordagem dialética se faz presente, contribuindo para o despertar da visão crítica acerca dos determinantes ideológicos, históricos, culturais, econômicos, sociais, políticos, ou seja, para a compreensão das práticas sociais a partir da linguagem (MINAYO, 2014).

A metodologia adotada foi do tipo estudo de caso exploratório e instrumental (STAKE, 1995), tendo como cenário a Policlínica Regional de Vitória da Conquista, que possui uma área construída de 2.848,32m² e 12 consultórios, estando sob gestão do CISVITA. No período de sua inauguração, contava com um quantitativo de 111 profissionais, todos contratados sob regime CLT. Durante a fase de execução dessa pesquisa, possuía abrangência assistencial a 28 municípios sendo eles: Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caatiba, Caetanos, Cândido Sales, Caraíbas, Condeúba, Cordeiros, Encruzilhada, Ibicuí, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Macarani, Maetinga, Maiquinique, Mirante, Nova Canaã, Piripá, Planalto, Poções, Presidente Jânio Quadros, Ribeirão do Largo, Tremedal e Vitória da Conquista (BAHIA, 2022).

O cardápio de especialidades variava de acordo o perfil epidemiológico da região, abrangendo serviços acordados via contrato de programa, sendo eles: angiologia, cardiologia, endocrinologia/metabologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia/traumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia, otorrinolaringologia,

urologia, coloproctologia, dermatologia, hematologia/hemoterapia, infectologia, nefrologia, neuropediatria, pediatria, pneumologia, reumatologia, anestesiologia, cirurgia geral. Em relação ao menu de exames ofertados estão: biópsia, colonoscopia, colposcopia, densitometria óssea, ecocardiograma, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva alta, ergometria, espirometria, histeroscopia, holter, mamografia, MAPA, radiografia, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, tratamento pé diabético/ curativos, ultrassonografia e videolaringoscopia (SESAB, 2022).

3.2 Fontes de informação e sujeitos da pesquisa

O processo de coleta de dados consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas. Trata-se de uma modalidade que obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador para facilitar a abordagem do tema de maneira que os pressupostos sejam identificados no diálogo (MINAYO, 2014). Os roteiros de entrevistas orientam os relatos, colaborando para que o recorte temático da pesquisa esteja contemplado, à luz das representações dos diferentes sujeitos que compõem o cenário da pesquisa (GIL, 2011).

Por fazer parte de um estudo maior, esta pesquisa engloba duas etapas de coleta: na primeira foram realizadas 19 entrevistas com gestores e gerentes, estando eles em cargos como Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Central de Regulação, Coordenação da Policlínica Regional, Gestão do CIS, atores envolvidos no processo de implantação e funcionamento da policlínica como por exemplo, representantes do controle social, legislativo do município sede, (**Quadro 2**). As coletas ocorreram durante visitas *in loco* à policlínica, 05 municípios consorciados e capital do estado, no período de maio e junho de 2021, totalizando 761 minutos de gravação de áudio.

Quadro 2. Caracterização dos participantes da pesquisa - Bahia, Brasil, 2021- Etapa I

Entrevistado	Tempo na função	Sexo	Formação	Pós-Graduação	Experiência anterior saúde
Regulação Vitória da Conquista	9 meses	F	Enfermagem	Doutorado em Saúde Coletiva	Sim
Vereador Vitória da Conquista 1	5 meses	M	Direito	Mestrado em Memória, Linguagem e Sociedade Doutorando	Não
Vereador Vitória da Conquista 2	4 anos 5 meses	F	Enfermagem/ Direito	Mestrado em Saúde Pública	Sim
Vitória da Conquista 1	1 ano 2 meses	F	Enfermagem	Obstetrícia/ Saúde do Trabalhador / Gestão de Vigilância em Saúde	Sim
Conselheiro Municipal de Saúde	2 anos	M	Psicologia	Especialização Direitos Humanos	Sim
Gestão CISVITA	2 anos	F	Enfermagem/ Letras	Especialização Gestão da Clínica	Sim
Gestão Policlínica	2 anos	F	Farmácia	Gestão Sistemas de Saúde, Micropolítica	Sim
Assessoria Técnica Policlínica 1	1 ano 10 meses	F	Enfermagem	Residência Multiprofissional, Planejamento e Gestão	Sim
Assessoria Técnica Policlínica 2	6 meses	M	Enfermagem/ Medicina	Especialização Saúde Pública, Gestão em Saúde	Sim
Belo Campo 1	4 anos 5 meses	M	Enfermagem	Especialização em Gestão em Saúde	Sim
Belo Campo 2	4 anos 5 meses	M	Administração	Planejamento e Gestão	Sim
Planalto 1	5 meses	M	História	-	Não

Planalto 2	5 meses	M	Ensino médio	-	Sim
Poções 1	3 anos e 10 meses	M	Ensino médio	-	Sim
Poções 2	5 meses	F	Ensino médio	-	Não
Bom Jesus da Serra 1	5 meses	M	Ensino médio	-	Sim
Barra do Choça 1	5 meses	F	Administração/ Enfermagem/ Matemática	Gestão de pessoas / Matemática / UTI / Auditoria	Sim
Assessoria técnica SESAB 1	4 anos	M	Direito	Especialização Direito público e previdenciário	Não
Assessoria técnica SESAB 2	23	M	Ciências Contábeis	Especialização Economia da Saúde	Não

Fonte: Almeida et al., 2022

Neste primeiro momento de coleta, o CISVITA era constituído 31 municípios de 03 regiões de saúde – Vitória da Conquista, Itapetinga e Brumado – pertencentes à macrorregião sudoeste, com pouco mais de 800 mil habitantes. Dos 31 municípios, 21 são rurais adjacentes.

Para a segunda etapa, a principal fonte de informação consistiu na realização de 09 entrevistas semiestruturadas, com trabalhadores da policlínica e do transporte sanitário, selecionados intencionalmente, de forma a contemplar sujeitos envolvidos na assistência em saúde, ouvidoria, traslado e check-in dos pacientes agendados. As entrevistas foram realizadas na Policlínica, de outubro a novembro de 2022, totalizando 485 minutos de gravação em áudio. No Quadro 3 está apresentado o perfil dos entrevistados, cujos cargos foram descritos de forma genérica para evitar a identificação dos informantes.

Quadro 3: Caracterização dos participantes da pesquisa - Bahia, Brasil, 2022- Etapa II

Entrevistado	Tempo de atuação na Policlínica	Sexo	Formação	Pós-Graduação	Outros Vínculos
Médico	1 ano e 3 meses	F	Medicina	Infectologia	Sim
Farmacêutico	2 anos e 11 meses	F	Farmácia	Farmácia Hospitalar Clínica/ Gestão Pública em Saúde	Não
Ouvidoria	3 anos e meio	F	Enfermagem	-	Não
Motorista	3 anos	M	Segundo Grau Completo	-	Não
Profissional de Enfermagem	3 anos e 2 meses	F	Técnico em Enfermagem/ Pedagogia	-	Não
Profissional de Enfermagem	2 anos e 2 meses	F	Enfermagem	Saúde Coletiva	Sim
Psicólogo	3 anos	F	Psicologia	Saúde da Família	Não
Assistente Administrativo	1 ano 1 mês	M	Administração	-	Não
Assistente Social	3 anos	F	Serviço Social	Saúde Mental	Não

Fonte: elaboração própria.

3.3 Análise dos Dados

A análise de “conteúdo temático” (MINAYO, 2014; ASSIS, 2010), é constituída por:

1 – Ordenação dos dados: Consiste no primeiro contato com o material empírico coletado, correspondendo ao processo de transcrição integral e mais fiel possível das entrevistas (arquivos de áudio) e respeitando a singularidade de cada sujeito no que diz respeito ao uso da língua; leitura geral do material transcrito; associação dos diferentes dados contemplados nas entrevistas, observações e nos documentos.

2 – Classificação dos dados: É a etapa de classificação dos dados empíricos a partir dos objetivos da investigação, sistematizando-se em: **definição de núcleos de sentido** por meio de uma leitura exaustiva e “flutuante” do material coletado, viabilizando a elaboração de

categorias empíricas do estudo após o recorte e síntese das falas; **leitura “transversal”** de cada corpo ou “*corpus* de comunicação”, com base nos núcleos de sentido, priorizando os recortes temáticos mais relevantes relacionados ao objeto de estudo. Esse momento viabiliza o confronto de ideias (convergências, divergências e complementaridades) dos diferentes grupos do estudo, no intuito de comparar e estabelecer relações entre as categorias empíricas do estudo e as categorias analíticas; **releitura dos documentos** com o objetivo de relacionar e complementar os conteúdos com as categorias empíricas eleitas.

3 – Análise final dos dados: Nesta fase realiza-se o entrecruzamento das informações (entrevistas, relato das observações e documentos), o que contribui para a construção de resultados com base na análise temática do material composto, passando, respectivamente pelas etapas de categorização, descrição e interpretação. Para tanto serão garantidas a qualidade e a validade dos achados por meio dos confrontos e convergências das diversas perspectivas e experiências evidenciadas pelos atores entrevistados, além da consulta a documentos oficiais.

O **Quadro 4** corresponde à matriz de análise, composta por dimensões variáveis. Sua elaboração inspira-se nas duas etapas da pesquisa e desenha-se na perspectiva nas dimensões do modelo denominado por Mendes (2011) como “pontos de atenção secundária de uma rede” (“Modelo Pasa”, em Mendes, 2019) e em Almeida *et al.* (2022) (primeira etapa do estudo).

Quadro 4. Matriz para análise da prestação da oferta de Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde, via Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, 2021.

DIMENSÃO	VARIÁVEIS
Acesso coordenado pela APS	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso referenciado pela APS dos municípios; - Contrarreferência para APS; - Comunicação entre os profissionais das APS e AE; - Estratégias de integração mútua; - APS como ordenadora do cuidado;
Comunicação entre AE e comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de aproximação com a comunidade; - Atividades extramuros; - Relação com as instâncias de participação do SUS;

Educação permanente para equipe/Integração ensino pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivos para capacitação profissional da equipe da policlínica; - Realização de atividades de educação permanente junto aos profissionais de saúde da rede; - Desenvolvimento de pesquisas;
Atendimento multiprofissional/ Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de conhecimento dos profissionais sobre o papel da Policlínica; - Motivações para ingresso na policlínica; - Adaptação à dinâmica de atuação na Policlínica; - Atendimento em conjunto agregando médicos e equipe multidisciplinar na Policlínica;
Prontuário eletrônico/ Protocolo Clínico/ Absentéismo/ Lista de espera	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos clínicos para AE; - Prontuários clínicos informatizados; - Monitoramento do absentéismo; - Monitoramento de lista de espera para procedimentos.

Fonte: elaboração própria com base em Almeida et al., 2022.

Os principais resultados desta dissertação foram analisados e estão apresentados em formato de dois artigos:

3.3.1 Análise do Artigo 1

O artigo intitulado “Atenção Especializada e Transporte Sanitário na Perspectiva de Integração às Redes de Atenção à Saúde” buscou analisar a organização e oferta de consultas, exames e transporte sanitário, na AE via Policlínicas Regionais da Bahia, geridas por CIS.

Foram analisadas variáveis relacionadas com o planejamento da oferta de AE e transporte sanitário de acordo com as necessidades de saúde regionais; transporte sanitário eletivo; acesso regulado pela APS; integração com outros pontos de atenção da RAS; cuidado multiprofissional na AE; prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e de acesso à AE compartilhados com os municípios e APS; integração e comunicação entre AE e controle social/população; função de matriciamento, educação permanente, integração ensino-serviço e de pesquisa na AE.

3.3.2 Análise do Artigo 2

O artigo intitulado “Regulação Assistencial: O desafio da Coordenação do Cuidado sob a Perspectiva da Atenção Especializada” buscou avaliar experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista, com base nos atributos da AE sob o prisma da RAS.

Foram analisadas variáveis relacionadas com os fluxos de referência e contrarreferência, suas dificuldades, limitações e qualidade das informações; comunicação entre os profissionais entre APS e AE; educação permanente e espaço de formação profissional; papel da policlínica regional na produção do cuidado especializado: percepção dos trabalhadores; prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e listas de espera.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Como base legal para realização deste estudo, foram observadas as normas e diretrizes das resoluções nº 466/2012 e nº510/2016, que versam sobre pesquisas com seres humanos e ciências sociais e humanas, respectivamente.

Os participantes foram informados a respeito dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa. Além disso, prezando o caráter voluntário desta participação, foi aplicado previamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), podendo o sujeito desistir a qualquer momento sem quaisquer prejuízos.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, CAAE 40092220.9.0000.5243, Parecer Nº 4.574.166.

5. RESULTADOS

5.1 Artigo 1

ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TRANSPORTE SANITÁRIO NA PERSPECTIVA DE INTEGRAÇÃO ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Patty Fidelis de Almeida ISC/UFF; Kamilla Santos Silva Azevedo IMS/UFBA; Aylene Bousquat USP¹

Resumo: O objetivo é analisar a organização e oferta de atenção especializada (AE) e transporte sanitário nas Policlínicas Regionais da Bahia, via Consórcios Interfederativos de Saúde. Foi realizado estudo de caso em uma Policlínica, com abordagem qualitativa, a partir de entrevistas com atores municipais e estaduais. Buscou-se identificar elementos que caracterizam um modelo de AE integrado às Redes de Atenção à Saúde. Entre os avanços identifica-se ampliação da oferta de AE; garantia de escopo, qualidade e fixação de profissionais; provisão de transporte sanitário; monitoramento da prestação da AE; e avanços na regulação por sistema informatizado. Representam desafios: adequação do planejamento da AE à realidade locorregional; incentivo à coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e à aproximação entre profissionais da AE e APS; institucionalização da contrarreferência, relação com instâncias de participação social; e incentivo às funções de matriciamento, Educação Permanente, integração ensino-serviço e pesquisa. Considera-se o arranjo das Policlínicas Regionais, mais afeito à integração às Redes de Atenção à Saúde, em que pese os desafios intrínsecos à AE e ao necessário fortalecimento da APS para que possa assumir a condução do sistema.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde, Planejamento Regional da Saúde, Integração dos Serviços de Saúde, Consórcios de Saúde

INTRODUÇÃO

As barreiras aos cuidados especializados são generalizadas e multifatoriais, com consequências no acesso oportuno, resultados e equidade em saúde, em contextos urbano e

¹ Artigo publicado em *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10):4025-4038, 2022

rural^{1,2}. O “valor” dos sistemas de saúde envolve, entre outros aspectos, melhoria da qualidade, redução das hospitalizações, exames e procedimentos desnecessários a partir do reposicionamento da atenção especializada (AE), na interface com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)³.

No Brasil, é bastante utilizada a definição de AE que envolve ações, práticas e serviços que requerem incorporação de equipamentos médico-hospitalares, especialistas focais e maior densidade tecnológica, com garantia de escala e qualidade, a partir de uma lógica regionalizada⁴. A AE no Sistema Único de Saúde (SUS) é prestada em várias estruturas, com organização e escopo distintos como policlínicas de especialidades, ambulatórios hospitalares, centros regionais de referência ou em serviços/consultórios autônomos vinculados ao setor privado. Em outros países, parte do atendimento ambulatorial especializado, em geral, é ofertado em unidades localizadas em hospitais (Dinamarca, Canadá, Suécia, Itália) e, também, em clínicas com especialistas autônomos em instalações privadas⁵.

Aliar regionalização em um país de dimensões continentais e oferta acessível de AE não é tarefa trivial. Os serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, juntamente com a APS, em regiões de saúde, garantiriam um escopo mínimo de ações para provisão de assistência integral à saúde no SUS. Contudo, a oferta de AE concentra-se em poucas regiões⁶. Processos de regionalização, a exemplo da experiência canadense, com a centralização da AE em pequenos hospitais em centros urbanos para ganhos de eficiência e escala, teve como um dos resultados a redução do acesso a serviços e meios diagnósticos para as populações rurais⁷.

No Brasil, o grande interesse e ingerência do setor privado na provisão pulverizada poderia ser uma das hipóteses sobre a inexistência de um modelo organizativo para a AE no SUS⁸. Sua ausência, insuficiência e concentração comprometem a prestação de cuidados integrais, principalmente para residentes dos interiores e zonas rurais e se traduzem na necessidade de deslocamentos, por vezes, inaceitáveis⁹. Especialmente em países de baixa ou média renda, a disponibilidade de meios de locomoção é um recurso tão ou mais crítico que a própria oferta de serviços de saúde^{10,11}. Dessa forma, os sistemas de transporte são transversais às Redes de Atenção à Saúde (RAS), imprescindíveis para viabilizar fluxos e contrafluxos, sendo um recurso logístico estratégico na mediação do acesso à AE^{12,13}.

Mendes¹² sugere que APS e AE deveriam se integrar em um único microssistema clínico. A APS como lócus de busca regular de cuidados possibilitaria aos serviços especializados serem acessados a partir de uma racionalidade clínica comprometida com as pessoas, sem exposição dos usuários a procedimentos desnecessários¹⁴. Logo, não se trata

apenas de aumentar a oferta de AE, mas de integrá-la à modelagem das RAS, tema pouco abordado por estudos e políticas públicas no país^{15,16}.

Este artigo analisa a organização e oferta de AE (consultas e exames) e transporte sanitário providos via Policlínicas Regionais no estado da Bahia, no âmbito dos Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS). Pesquisas sugerem que os arranjos consorciais possibilitam organizar a demanda e a provisão de serviços especializados, sobretudo, para municípios de pequeno porte populacional¹⁷ e incentivam a cooperação intergovernamental^{18,19}. Nessa direção, destaca-se a experiência do Ceará, pioneiro na implantação de consórcios verticais, com o objetivo de expandir e interiorizar serviços de AE, apoiados por esquemas de transporte²⁰. O diagnóstico de vazios assistenciais na AE impulsionou a implantação das Policlínicas no estado da Bahia²¹. Para além da ampliação da oferta, tal investigação busca responder à seguinte questão: a experiência das Policlínicas Regionais representa um formato mais afeito à prestação de AE em redes regionalizadas, sobretudo, em regiões com expressivo número de municípios de pequeno porte?

METODOLOGIA

Tipo e cenário do estudo

Foi realizado estudo de caso único do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, a partir da escolha intencional da experiência da Policlínica Regional de Vitória da Conquista/Itapetinga. Os parâmetros de implantação dos CIS seguem a mesma lógica nos diferentes territórios, permitindo que um caso seja, grosso modo, uma aproximação aos demais. Os municípios/regiões de saúde da Bahia experimentam rápida expansão de tais equipamentos via CIS. Em setembro de 2021, eram 23 CIS constituídos e 21 Policlínicas inauguradas²¹. O Consórcio Interfederativo de Saúde da região de Vitória da Conquista e Itapetinga – CISVITA – no momento do campo, era conformado por 31 municípios de 03 regiões de saúde – Vitória da Conquista, Itapetinga e Brumado – pertencentes à macrorregião sudoeste, com pouco mais de 800 mil habitantes. Dos 31 municípios, 21 são rurais adjacentes.

Fontes de informação e sujeitos da pesquisa

A principal fonte de informação foram 19 entrevistas semiestruturadas com gestores e gerentes das esferas estadual e municipal, gestão do CISVITA e Policlínica, selecionados intencionalmente, de forma a contemplar sujeitos envolvidos no funcionamento e gestão do CIS/Policlínica. Também foram entrevistados representantes do controle social, regulação,

legislativo municipal e prefeitos, fundamentais à compreensão da dimensão política da implantação do equipamento. Foi realizada visita *in loco*, de maio a junho de 2021, à Policlínica, cinco municípios consorciados e capital do estado para realização presencial das entrevistas nos respectivos locais de trabalho, totalizando 761 minutos de gravação em áudio. No Quadro 1 está apresentado o perfil dos entrevistados, cujos cargos foram descritos de forma genérica para evitar a identificação dos informantes. Destaca-se que a maioria apresenta formação e experiência anterior na saúde, além de pós-graduação em áreas da saúde pública, conformando um quadro de atores com experiência acerca do tema abordado.

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa. Bahia, Brasil, 2021.

Entrevistado	Tempo na função	Sexo	Formação	Pós-Graduação	Experiência anterior saúde
Regulação Vitória da Conquista	9 meses	F	Enfermagem	Doutorado em Saúde Coletiva	Sim
Vereador Vitória da Conquista 1	5 meses	M	Direito	Mestrado em Memória, Linguagem e Sociedade Doutorando	Não
Vereador Vitória da Conquista 2	4 anos 5 meses	F	Enfermagem/Direito	Mestrado em Saúde Pública	Sim
Vitória da Conquista 1	1 ano 2 meses	F	Enfermagem	Obstetrícia/Saúde do Trabalhador/ Gestão de Vigilância em Saúde	Sim
Conselheiro Municipal de Saúde	2 anos	M	Psicologia	Especialização Direitos Humanos	Sim
Gestão CISVITA	2 anos	F	Enfermagem/Letras	Especialização Gestão da Clínica	Sim
Gestão Policlínica	2 anos	F	Farmácia	Gestão Sistemas de Saúde, Micropolítica	Sim
Assessoria Técnica Policlínica 1	1 ano 10 meses	F	Enfermagem	Residência Multiprofissional, Planejamento e Gestão	Sim
Assessoria Técnica Policlínica 2	6 meses	M	Enfermagem/Medicina	Especialização Saúde Pública, Gestão em Saúde	Sim
Belo Campo 1	4 anos 5 meses	M	Enfermagem	Especialização em Gestão em Saúde	Sim
Belo Campo 2	4 anos 5 meses	M	Administração	Planejamento e Gestão	Sim
Planalto 1	5 meses	M	História	-	Não
Planalto 2	5 meses	M	Ensino médio	-	Sim
Poções 1	3 anos e 10 meses	M	Ensino médio	-	Sim
Poções 2	5 meses	F	Ensino médio	-	Não
Bom Jesus da Serra 1	5 meses	M	Ensino médio	-	Sim
Barra do Choça 1	5 meses	F	Administração/ Enfermagem/Matemática	Gestão de pessoas/Matemática/ UTI/Auditoria	Sim
Assessoria técnica SESAB 1	4 anos	M	Direito	Especialização Direito público e previdenciário	Não
Assessoria técnica SESAB 2	23	M	Ciências Contábeis	Especialização Economia da Saúde	Não

Fonte: Autoras com base nas entrevistas.

Alguns documentos e normativas relativas ao funcionamento dos CIS/Policlínicas foram utilizados, em análises complementares às entrevistas.

Análise dos dados

Para a produção dos resultados, procedeu-se à análise de conteúdo de todo material com suas respectivas etapas de: pré-análise a partir da leitura flutuante de todas as entrevistas e identificação de documentos relevantes com base na questão de investigação; exploração do material empírico norteado pelas dimensões temáticas; e, por fim, interpretação dos achados ancorada na percepção dos participantes, dimensões e componentes do estudo²². Buscou-se garantir a qualidade e a validade dos resultados a partir do confronto e complementariedade das diversas experiências dos atores entrevistados e documentos oficiais.

O referencial para análise da organização e oferta de AE e transporte sanitário, em um primeiro momento, apoiou-se nas dimensões do modelo denominado por Mendes¹² como “pontos de atenção secundária de uma rede” (“Modelo Pasa”, em Mendes¹⁶). O desenho propõe reconfigurar a posição da AE como parte da RAS, em contraposição à lógica fragmentada que caracteriza os “centros de especialidades médicas”¹², o que envolve: planejamento com base em necessidades de saúde; comunicação entre pontos de atenção e profissionais da APS e AE; centralidade da APS; protocolos e prontuários integrados; funções assistenciais, matriciais, de Educação Permanente e pesquisa na AE. Embora tais dimensões, *a priori*, tenham guiado os roteiros de entrevista e orientado a análise temática, novos componentes foram incorporados a partir das evidências empíricas, sobretudo para contemplar o caráter regional da experiência. No Quadro 2 é apresentada a matriz utilizada para análise e apresentação dos resultados, e, ao mesmo tempo, sem esgotar todas as possibilidades, expressa dimensões e componentes para um formato de AE mais sinérgico aos princípios da regionalização e da integração em RAS.

Quadro 2. Matriz para análise da organização e oferta de Atenção Especializada e Transporte Sanitário na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde em regiões de saúde, 2021.

Dimensão	Componentes
Planejamento da oferta de AE e transporte sanitário com base em necessidades de saúde regionais	<ul style="list-style-type: none"> · Planejamento regional integrado da oferta de AE com base nas necessidades em saúde e parâmetros assistenciais dos municípios e da região; · Financiamento global tripartite; · Espaços decisórios entre municípios, estado e prestadores AE; · Definição de metas e monitoramento da oferta de AE;

	<ul style="list-style-type: none"> · Estratégias de atração e fixação de profissionais na AE;
Transporte sanitário eletivo	<ul style="list-style-type: none"> · Oferta de transporte eletivo de usuários dos municípios para acesso à AE; · Agendamento prévio do transporte; · Transporte adaptado; · Manutenção e segurança dos veículos;
Acesso regulado e cuidado coordenado pela APS	<ul style="list-style-type: none"> · Acesso exclusivo via referência realizada pela APS nos municípios; · Sistema de regulação informatizado; · Disponibilização prévia da agenda de procedimentos especializados e possibilidades de remanejamento/remarcação; · Análise da qualidade das referências; · Envio regular de contrarreferência para a APS; · Instrumentos de comunicação entre profissionais da APS e AE; · Ações para qualificação das referências da APS; · Estratégias de acomodação mútua;
Integração com outros pontos e profissionais da RAS na região de saúde	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicação entre AE e outros serviços de saúde; · Telessaúde;
Cuidado multiprofissional na AE	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento multiprofissional na AE; · Atendimento conjunto entre médicos e outras especialidades não médicas na AE;
Prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e de acesso à AE compartilhados com os municípios e APS	<ul style="list-style-type: none"> · Protocolos clínicos para a AE; · Linhas de cuidado compartilhadas entre APS e AE; · Protocolos de acesso à AE; · Prontuário clínico informatizado na AE; · Prontuário clínico informatizado compartilhado entre AE e APS;

Integração e comunicação entre AE e controle social/população	<ul style="list-style-type: none"> · Estratégias de aproximação e comunicação com instâncias de participação social; · Comunicação com a população;
Função de matriciamento, Educação Permanente, integração ensino-serviço e de pesquisa na AE	<ul style="list-style-type: none"> · Estratégias de matriciamento (discussão de casos clínicos, interconsulta, visita <i>in loco</i> aos municípios) desenvolvidas junto aos gestores/profissionais dos municípios; · Carga horária contratualizada para Educação Permanente dos profissionais da AE; · Realização de atividades de Educação Permanente junto aos profissionais de saúde/municípios; · Campo de estágio e formação de estudantes de graduação e pós-graduação; · Desenvolvimento de pesquisas; · Acompanhamento da satisfação dos usuários.

Siglas: AE: atenção especializada; APS: Atenção Primária à Saúde

Fonte: Construção própria com base em Mendes^{12,16} e análise das entrevistas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, CAAE 40092220.9.0000.5243, Parecer N° 4.574.166.

RESULTADOS

Planejamento da oferta de AE e transporte sanitário com base em necessidades de saúde regionais: centralização versus demandas locorregionais

O Estatuto dos CIS previa a atuação em diversos campos, como compra de medicamentos, Centros de Especialidades Odontológicas, entre outros²¹. No momento do estudo, consultas e exames especializados, além do transporte sanitário eletivo realizado por 17 micro-ônibus e 4 vans eram ofertados via Policlínica. Dois instrumentos contratuais regiam as relações entre municípios e CIS/Policlínica: Contrato de Programa no qual eram definidos os procedimentos ofertados; e o Contrato de Rateio que estabelecia as contrapartidas financeiras de custeio, sendo 40% estadual e 60% municipal, sem aportes federais²¹.

A carteira de serviços das Policlínicas, disposta no Contrato de Programa, era definida centralmente pelo estado, dependente do número de consorciados e, por conseguinte, da população de abrangência. Para definição das cotas de consultas, exames especializados e

necessidade de transporte era realizado cálculo com base na população total de cada município. A defasagem populacional do Censo 2010 era prejudicial a alguns municípios, que teriam populações superiores, segundo cadastros da Atenção Básica, com implicações para o planejamento e financiamento das políticas.

Houve divergência nas avaliações quanto à possibilidade de adaptação da oferta às necessidades locorregionais e à própria dinâmica de funcionamento da Policlínica. Ressaltou-se que os serviços nem sempre atendiam às necessidades, principalmente pelo fato de alguns municípios ofertarem localmente procedimentos de AE. A “Assembleia de Prefeitos” (Assembleia Geral) era o espaço deliberativo dos CIS e tinha a prerrogativa de ajustar o cardápio, o que havia sido realizado, com a inclusão de eletroneuromiografia. De toda forma, se tratava de um processo acompanhado de sucessivas discussões, acordos e busca de consenso entre os entes consorciados.

Na mesma direção, o Contrato de Programa estabelecia certas metas não compatíveis à realidade da Policlínica como, por exemplo, a exigência do cumprimento de determinado número de consultas por dia/turno, inadequados para alguns tipos de atendimento. A oferta variava também em função dos dias úteis, feriados, férias e licenças médicas. Foi mencionado pouco reconhecimento de tais adversidades pelos municípios. No ano de 2020, houve interrupção/diminuição dos atendimentos em função da Covid-19, o que gerou tensionamento entre gestores, sob o argumento de que os repasses financeiros continuaram. Havia uma compreensão do papel da Policlínica como um prestador de AE do qual o município comprava serviços.

De toda forma, para procedimentos cuja oferta era rarefeita, o arranjo consorcial foi avaliado como a única forma de prestação de AE nas regiões de saúde, uma vez que alguns procedimentos e profissionais não estavam disponíveis para contratação pelos municípios isoladamente, sendo necessária alguma escala.

Os profissionais da Policlínica eram contratados via CLT, pelo CISVITA, por tempo indeterminado e, no momento da pesquisa, foi relatada estabilidade no quadro funcional. Em um momento inicial, ocorreram desistências de médicos pela exigência de cumprimento da carga horária e ponto eletrônico.

Para atrair algumas especialidades era possível composição de carga horária entre mais de um profissional, embora cada um tivesse um número de procedimentos a cumprir em função das cotas e metas estabelecidas no Contrato de Programa. De toda forma, o fato de Vitória da Conquista ser um polo regional de formação e de saúde facilitou a contratação.

Não houve consenso entre os representantes municipais quanto ao principal provedor de AE, embora tenha sido recorrente a avaliação de que os recursos da Policlínica fossem os primeiros a serem acionados. Principalmente nos pequenos municípios, a demanda por AE continuava alta e dependente da Programação Pactuada Integrada (PPI), dos serviços próprios municipais e do credenciamento de prestadores privados com recursos próprios municipais o que, por vezes, extrapolava os orçamentos locais e comprometia outras rubricas.

Em curso, buscava-se viabilizar ações para aumentar a oferta de exames de imagem, cuja demanda era muito alta, além de propostas de mutirões para zerar filas de espera que aumentaram durante a pandemia.

Transporte sanitário eletivo: mitigando as barreiras de acesso à AE

Os veículos foram adquiridos pelo estado. O abastecimento, manutenção e contratação dos motoristas era realizado via CIS. Os micro-ônibus tinham *wifi*, ar-condicionado e eram adaptados. As rotas realizadas para os 21 veículos foram desenhadas pelos Núcleos Regionais de Saúde, CIS e Secretários Municipais de Saúde (SMS) uma vez que alguns veículos eram compartilhados.

Internamente, cada município organizava sua logística para garantir, por exemplo, que a população da zona rural chegasse ao local de partida das vans ou micro-ônibus. Em função do extenso intervalo de tempo entre saída e volta a alguns municípios, identificou-se necessidade de adaptações na Policlínica para melhor acolhimento dos usuários.

Foi mencionado que a oferta do transporte sanitário via CIS havia mitigado a interferência política na intermediação deste recurso crítico e estratégico para acesso à AE.

Acesso regulado e cuidado coordenado pela APS: desafios à gestão da demanda assistencial e ao protagonismo da APS nas redes

O agendamento de toda oferta da Policlínica era descentralizado aos municípios. A partir de referências da APS (grande maioria) ou outro profissional da rede local, era realizado o agendamento nas centrais de regulação por meio de um sistema informatizado próprio – Sistema Integrado de Gestão – SIGES. Além dos agendamentos de consultas e exames, o sistema abrigava a marcação do transporte e informações clínicas. O fluxo mais comum era a condução da referência pelo usuário até as centrais. O retorno sobre os agendamentos era

realizado pelos profissionais da regulação ou pelas equipes de APS, por meio de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Não havia reserva de vagas para regulação interna da Policlínica. Nos casos de detecção de alguma situação que exigisse atendimento complementar célere, era preciso comunicação e autorização municipal para um novo agendamento no SIGES, mesmo no caso de acomodação nas agendas médicas ou criação de uma vaga extra.

A agenda de consultas/procedimentos era disponibilizada mensalmente. Alguns procedimentos ofertados na Policlínica, também faziam parte da oferta municipal e, por vezes, não eram utilizados (não eram agendados). Nestes casos, poderiam compor a “re-oferta” – mecanismo por meio do qual, após comunicação entre os SMS via *WhatsApp*, os procedimentos eram colocados à disposição do conjunto dos municípios. Além da re-oferta diária, mensalmente, alguns procedimentos não agendados eram disponibilizados no SIGES.

Havia possibilidade de permuta entre os municípios para casos urgentes, acordados entre os gestores e encaminhados formalmente à Policlínica. O SIGES permitia também cancelar agendamentos no caso de desistência. Mecanismos informais de comunicação em grupos de *WhatsApp* desempenhavam papel relevante para o aproveitamento dos procedimentos e promoção de certa solidariedade entre o grupo, embora houvesse competição por vagas ociosas da re-oferta, cujo aproveitamento dependia da agilidade do regulador local, internet e viabilidade de garantir o comparecimento do usuário. De forma geral, o absenteísmo foi considerado baixo pelos entrevistados, ao redor de 10%, com diferenças entre os municípios.

Algumas avaliações indicaram, assim como no caso do transporte, que os fluxos regulatórios instituídos para acesso à Policlínica minimizaram a ingerência política no acesso à AE, o que também ocorria pela diminuição da compra direta de procedimentos na rede privada de forma pulverizada pelos municípios. De toda forma, a população continuava buscando diretamente prefeitos, SMS, Conselheiros de Saúde e vereadores para viabilizar o acesso à AE.

Foi recorrente a avaliação de que a superação do “a pedido” como parâmetro para referência à AE era um grande desafio. A necessidade de qualificação da regulação foi consensual, com definição de protocolos e estratégias que promovessem o contato pessoal entre profissionais da AE e APS. O processo de qualificação local das referências ficava à cargo das gestões municipais. Reconhecia-se que o médico sofria pressão dos usuários para a solicitação de consultas/exames. Nestes casos, a priorização poderia ser realizada pelos profissionais da regulação, que exerciam papel estratégico.

Via SIGES era possível a impressão dos registros clínicos para retorno à APS, sob condução do usuário. Como não era rotina obrigatória do fluxo assistencial na Policlínica, ficava à cargo dos especialistas. Além da qualidade das referências, a contrarreferência também era um nó crítico, uma vez que muitos especialistas atuavam numa lógica ambulatorial tradicional.

A rotatividade médica nos municípios tornava a compreensão dos fluxos e do perfil assistencial da Policlínica sempre um recomeço. Os processos microrregulatórios e as possibilidades de exercício da coordenação do cuidado pela APS eram enfraquecidos pela rotatividade, problema que se agravou com o desmantelamento do Programa Mais Médicos.

Não estavam implementadas estratégias de comunicação junto aos profissionais da APS acerca das funções e fluxos da Policlínica, à exemplo de visitas para apresentação do serviço aos SMS e prefeitos. Também havia a percepção de que parte dos profissionais da Policlínica, sobretudo de especialidades com maior uso de tecnologias duras, não teria apropriação sobre o funcionamento das RAS, da necessidade de comunicação entre os pontos assistenciais e de trabalho interprofissional na própria Policlínica.

Necessidade de integração com outros pontos e profissionais da RAS na região de saúde

A Policlínica não realizava referência a outros pontos da RAS e nem agendamentos internos (exceto profissionais não médicos). O município de origem era responsável pelo seguimento na APS, entrega dos exames, agendamento para outros serviços ou mesmo reagendamento para a Policlínica.

Para diagnósticos de câncer e agravos de maior gravidade, o assistente social da Policlínica fazia um acompanhamento regular junto ao município com vistas a garantir e sensibilizar para a necessidade do tratamento continuado e em tempo oportuno. Tal iniciativa, denominada “Caminhos do Cuidar”²³, era liderada pela assistente social responsável pelo acolhimento do usuário, comunicação do diagnóstico ao município de origem e à família. Nos casos de confirmação de câncer na Policlínica, o paciente era monitorado e as informações registradas no SIGES, até seu ingresso em uma Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia e início do tratamento²³.

Na Policlínica havia uso de telemedicina para emissão de laudos de exames de imagem por meio de um contrato com empresa privada.

Incipiência do cuidado multiprofissional na AE

A equipe assistencial era composta, além dos especialistas focais, por enfermeiros, psicólogo, nutricionista, assistente social e farmacêutico para atendimento às referências internas da Policlínica, a partir de necessidades identificadas pelos médicos. Ainda eram incipientes as ações conjuntas e interprofissionais na Policlínica.

Prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e de acesso à AE compartilhados com os municípios e APS: lacunas à integração assistencial

No SIGES, além da regulação, era realizado o registro de informações clínicas, prescrições, necessidade de retorno à Policlínica. O sistema não era compartilhado com a APS.

Não havia protocolos clínicos compartilhados entre Policlínica e APS. Contudo, a SESAB elaborou o “Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais”²⁴ voltado aos profissionais da APS e outros solicitantes nos municípios. O documento, bastante completo (156 p.), apresentava instruções sobre os fluxos e contrafluxos para acesso à Policlínica, indicações clínicas para todos os procedimentos ofertados, profissionais solicitantes e orientações acerca do preparo de exame²⁴. Foi relatada necessidade de alguns ajustes locais no Manual.

Premente necessidade de integração e comunicação entre AE e controle social/população

O fortalecimento da participação social via espaços como os Conselhos de Saúde foi mencionado como recurso fundamental para a manutenção da política. Ainda assim, não foram reconhecidas iniciativas para ampliar a relação entre Policlínica e instâncias de participação social, o que ratificou percepções sobre a ausência de diálogo com a população que promovesse maior compreensão sobre a oferta e o papel do equipamento na RAS.

Função de matriciamento, Educação Permanente, integração ensino-serviço e de pesquisa na AE: para além da demanda assistencial

Não foram identificadas estratégias de matriciamento desenvolvidas pelos profissionais da Policlínica. Na contratação da força de trabalho não havia previsão de carga horária dedicada à Educação Permanente (EP), embora houvesse atendimento aos pleitos individuais para participação em eventos científicos e outras formações como cursos de curta duração. As diferentes cargas horárias/dias e grande diversidade de especialidades do corpo clínico foi um

dos fatores apontados como dificultadores para a oferta de EP de interesse comum. De toda forma, havia ações de capacitação em serviço, com temas de interesse geral como regulação e fluxos. Como apoio à gestão da Policlínica, estavam instituídas Comissões (investigação de óbito, de gestão e planejamento, de revisão de prontuário e de biópsia) que funcionavam, de certa forma, como estratégias de capacitação.

No momento de realização da pesquisa, estava em curso tratativas com a Universidade Federal da Bahia para que a Policlínica se estabelecesse como campo de formação da Residência Médica, proposta aprovada na Assembleia de Prefeitos e adiada pela pandemia.

Embora fosse reconhecido o potencial, a Policlínica não tinha um núcleo para o desenvolvimento de pesquisas. De toda forma, foram desenvolvidas pesquisas de satisfação dos usuários. A qualidade, humanização, acolhimento, excelência das instalações e assistência foram citados por todos os entrevistados como determinantes da satisfação, com registros em ouvidorias municipais. Foram frequentes os relatos de gestores sobre a percepção dos usuários, inclusive de opositores políticos: “parece um serviço particular”, “pensei que tinha que pagar”, “isso aqui é do governo?”.

No Quadro 3 é apresentada síntese dos resultados empíricos a partir de falas expressivas dos participantes da pesquisa, que imprimem densidade aos achados deste estudo.

Quadro 3 – Síntese dos resultados empíricos com base em falas expressivas dos participantes da pesquisa, Bahia, Brasil, 2021.

Dimensões e componentes
Planejamento da oferta de AE e transporte sanitário com base em necessidades de saúde regionais
<p><i>Assim, o Contrato de Programa foi feito para que a Policlínica fosse implantada, mas depois, a partir do segundo, terceiro ano, eu acho que eles poderiam consultar a gente (Policlínica) para ver quais são as peculiaridades, a questão do número de consultas... Uma consulta de neurologia dura trinta minutos para ter qualidade. Não tem como eu colocar uma consulta de neuro em quinze minutos, como se espera para cumprir o Contrato... (Assessoria Técnica Policlínica 1, 2021)</i></p> <p><i>É muito difícil você conseguir quando a demanda é muito pequena, mas com o consórcio isso torna-se uma demanda muito maior. Eu tenho aqui uma média de um eletroneuro por mês, para eu contratar esse serviço, paguei caro... O grande diferencial da Policlínica é centralizar essas dificuldades dos municípios. (Belo Campo 2, 2021)</i></p> <p><i>Quando a oferta era menor, os preços eram abusivos. Hoje a rede privada manda a tabela para você, convênio pra desconto, promoção... Se o pedido vai com o carimbo da secretaria de saúde, tem desconto. Exames que na minha época era considerado de alta complexidade, hoje tornou-se comum. Ressonância naquela época era mil e duzentos, hoje você consegue por quatrocentos reais. Isto depois da oferta da Policlínica. (Bom Jesus da Serra, 2021).</i></p> <p><i>Então a Policlínica trouxe assim mais serviço de especialidades aqui do município que ajudou bastante, mas não resolve tudo. Nós temos uma demanda mais alta do que a oferta da Policlínica, em todos os exames de imagem e algumas consultas (Planalto 2, 2021).</i></p>

Transporte sanitário eletivo
<p><i>O ônibus facilitou o acesso demais, demais, com hora marcada, tranquilo. É fantástico. Não tem interferência política nenhuma, entendeu? (Belo Campo 2)</i></p> <p><i>O nível de organização da Policlínica tem refletido nos outros serviços que são da PPI, e que não tem a mesma qualidade. Por exemplo, porque na Policlínica tem um transporte que pega na porta, deixa lá, o motorista organiza o atendimento, traz e deixa aqui no seu município, e isso na PPI não se pratica... Aí gera um impacto. Todo exame que a gente agenda a pessoa: 'e o carro?' 'Mas esse não é da Policlínica não!'" (Belo Campo 1)</i></p>
Acesso regulado e cuidado coordenado pela APS
<p><i>A atenção básica hoje tem esse papel de encaminhar os usuários pra atenção especializada, mas carece de fluxos bem estabelecidos, protocolos de encaminhamentos, dos fluxos, essa comunicação, essa relação mais próxima com a atenção especializada. Os médicos especialistas continuam reclamando que eles recebem aquilo que não precisaria estar com eles de forma mais rotineira e os pacientes. Os casos que deveriam chegar a eles de forma rápida são os últimos a chegarem. Isso dificulta todo o acompanhamento e a intervenção. Então eu acho que é um problema nacional, essa questão da regulação é muito complexa. (Vereador Vitória da Conquista 2, 2021)</i></p> <p><i>Se for mesmo de urgência o próprio médico liga direto na marcação: 'Tô com um paciente assim, eu preciso de uma tomografia' e aí a equipe já sabe, o profissional manda com o relatório, aí fica mais fácil. Quando o médico sinaliza 'a pedido', aí vai para uma lista. Às vezes, o paciente chega: 'Ah, é urgente', e o médico colocou lá 'a pedido', a gente sabe que não é uma urgência... (Barra do Choça 1, 2021).</i></p> <p><i>O próprio sistema (SIGES) tem um caminho para fazer a impressão de forma muito rápida, da anamnese, da evolução, das recomendações. Então tem profissional, principalmente quando ele percebe que o paciente não tem instrução suficiente para chegar e explicar o que aconteceu, ele faz a impressão desse relatório e pede que o paciente volte para atenção básica com isso... Já tem outros que eu acho que ainda seguem muito a lógica do ambulatório, solicitar um retorno e depois liberar o paciente. (Assessoria Técnica Policlínica 2, 2021)</i></p>
Integração com outros pontos e profissionais da RAS na região de saúde
<p><i>Eu acho que faltou, no momento que a Policlínica chegou, mostrar o que é Policlínica. O secretário conhece muito bem, o prefeito conhece muito bem, mas eu ainda sinto que médico lá da ponta, que o enfermeiro lá da ponta ainda não conhece bem o que nós temos... (Assessoria Técnica Policlínica 2, 2021)</i></p>
Cuidado multiprofissional na AE
<p><i>É porque é difícil, além da postura profissional... Por exemplo, eu posso te dizer que a equipe de enfermagem, nutricionista, psicólogos são extremamente envolvidas. Na equipe médica alguns são, por exemplo, nas comissões de saúde, alguns são bem envolvidos, outros nem tanto. A gente percebe da equipe quem a gente pode chamar para ter um trabalho em equipe, para além do atendimento individual. (Direção Policlínica 2021)</i></p>
Prontuários eletrônicos, protocolos clínicos e de acesso à AE compartilhados com os municípios e APS
<p><i>Há um manual de acesso, para todas as policlínicas do estado. Só que a gente sabe que tem profissional que trabalha de um jeito e outro de outro. Então, por exemplo, tem um preparo de colonoscopia, a gente não utiliza necessariamente o que está no manual. Então o profissional escreve junto comigo, eu formato de uma forma que o regulador entenda, numa linguagem acessível. A gente tenta colocar esse preparo da forma mais simples possível para o paciente chegue aqui em condição de fazer o exame. (Assessoria Técnica Policlínica 1)</i></p>
Integração e comunicação entre AE e controle social/população

A população precisa sentir o trabalho da Policlínica... eu acho que o problema é a comunicação. A impressão que temos é que não atende Conquista, pela falta de aproximação com a população. Não adianta ter um equipamento que não dialoga com o povo. As pessoas precisam entender a função. (Conselheiro Municipal de Saúde, 2021)

Função de matriciamento, Educação Permanente, integração ensino-serviço e de pesquisa na AE

Agora mesmo vai ter a semana da enfermagem, vai ter o curso de suporte básico de vida, e que está sendo proporcionado pelo Consórcio. Mas um plano mesmo de qualificação a gente não tem. (Assessoria Técnica Policlínica 1, 2021)

E os pacientes elogiam muito, a parte de desde a entrada até a saída, o compromisso que eles têm com os pacientes... com grande responsabilidade com os pacientes. Até hoje não recebi reclamação dos usuários. (SMS Bom Jesus da Serra, 2021)

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas.

Siglas: AE – Atenção Especializada; PPI – Programação Pactuada e Integrada; APS – Atenção Primária à Saúde; RAS – Redes de Atenção à Saúde.

DISCUSSÃO

Inspirada na experiência do Ceará^{20,25}, a implantação dos consórcios verticais na Bahia é motivada pelo reconhecimento da impossibilidade dos municípios, em cooperação horizontal, responderem à demanda por AE em regiões de saúde marcadas por históricos vazios assistenciais, sendo este o primeiro aspecto positivo da experiência analisada. De toda forma, retomando a pergunta inicial do estudo, para além da ampliação da oferta de AE, buscou-se analisar e produzir, a partir de um caso concreto, reflexões acerca do que se considera um formato mais afeito à prestação de AE em uma perspectiva de redes regionalizadas.

Em relação ao planejamento da AE, os mecanismos e instrumentos de compromisso e pactuação carecem de um ajuste mais fino e permeável às realidades locais, parâmetros assistenciais regionais e que incorporem a complexa dinâmica de funcionamento da Policlínica. Ainda assim, é necessário reconhecer que o planejamento da AE que responda às necessidades de municípios de porte populacional e ofertas distintas, não é trivial. De toda forma, a Assembleia de Prefeitos, em maior sinergia às instâncias regionais do SUS como as Comissões Intergestores Regionais e Bipartite poderiam alavancar o planejamento regional integrado, em que pese a pouca clareza em relação à convergência entre tais espaços²⁶.

Aos espaços decisórios formais, somam-se instrumentos informais como os grupos de *WhatsApp* para manejo cotidiano e ágil das demandas assistenciais. No caso estudado, há uma complementariedade profícua entre tais mecanismos, nos quais a informalidade dos acordos para realocação de ofertas se formaliza no sistema de regulação e, também, produz certa solidariedade e cooperação regional, o que, por vezes, não se observa em instâncias formais²⁷.

Outro aspecto positivo é o monitoramento da oferta de AE, que, também, deve ser poroso às intercorrências da própria Policlínica e dos territórios. Ainda assim, acompanhar metas na AE supera lacunas, por exemplo, da PPI, cujo cumprimento é pouco permeável ao controle dos gestores do SUS, com frágeis instrumentos jurídicos para garantia das pactuações²⁸.

Um avanço expressivo do arranjo das Policlínicas Regionais é a maior capacidade de garantia de escopo, qualidade e atração/fixação de profissionais na AE, por meio de contratos laborais desprecarizados e cumprimento da carga horária. É estratégico que a Policlínica esteja localizada em uma cidade de referência para a macrorregião e centro formador de recursos humanos, viável neste caso. Este parece ser um arranjo possível para garantir acesso à AE nas regiões de saúde desde que o transporte sanitário, de qualidade e seguro, seja parte indissociável do arranjo assistencial²⁰.

A despeito do reconhecimento da importância da Policlínica, ainda predomina a compreensão de que representa um equipamento prestador de serviços. Tais achados reforçam o argumento defendido neste estudo de que a organização e oferta de AE devem ser operadas em uma perspectiva de redes regionalizadas. O uso instrumental do equipamento, sem responsabilização para enfrentamento dos problemas e busca de soluções compartilhadas, reforça a posição dos consórcios apenas como estratégia para ampliação da oferta de procedimentos especializados e, ao mesmo tempo, a concepção dominante de um modelo de atenção assentado na cura, pouco afeito aos princípios da integralidade e da garantia de cuidados contínuos^{18,26}.

As condições, disponibilidade e estratégias para garantia de meios de locomoção aos serviços de saúde são distintas entre os países, assim como a implementação de políticas públicas para mitigar tais barreiras de acesso. Nos EUA, por exemplo, estima-se que, em 2017, 5,8 milhões de pessoas tiveram o atendimento médico postergado pela indisponibilidade de transporte, com impactos desproporcionais para os indivíduos mais pobres e com condições crônicas²⁹. Em países latino-americanos são incipientes estudos sobre as relações entre transporte e saúde³⁰. A ausência de políticas para a provisão de transporte, sobretudo em municípios do interior, torna seu provimento dependente dos insuficientes recursos municipais e dos gastos *out-of-pocket*. Em estudo realizado em um estado da região nordeste do Brasil, o transporte representou o mais alto custo indireto (não coberto pelo SUS) envolvido no tratamento do câncer – 19,75% do salário-mínimo, com associação negativa se comparados usuários da capital e do interior³¹. Nesse sentido, presença de veículos adaptados e com

manutenção regular, com vistas a minimizar os riscos do transporte inseguro⁹, é um importante arranjo para garantia de acesso à AE, como encontrado neste estudo.

Um dos pilares de um modelo de AE integrado em redes é o acesso regulado e coordenado pela APS que, embora complementares, envolvem princípios e ações distintas¹⁶. A experiência analisada avança no processo de regulação por meio de sistema informatizado, disponibilização oportuna das agendas, possibilidade de remarcação e remanejamento de vagas. Um achado relevante do estudo indica que a formalização dos fluxos assistenciais e marcação do transporte sanitário via SIGES contribui para a mitigação do atravessamento de atores da política local na mediação do acesso à AE, situação encontrada em diversos contextos²⁸.

A coordenação do cuidado pela APS, no entanto, representa um nó crítico. Ainda que as equipes de APS estejam em outros municípios, tal atributo não pode ser relegado a segundo plano. Diante de um sistema fragmentado, a população acaba por se “acomodar” ao atendimento de especialistas focais¹⁵. Estudos ratificam que provedores de APS que atuam em redes nas quais exercem baixo grau de centralidade, mesmo com disponibilidade de especialistas, não diminuem a utilização de serviços de emergência de seus pacientes com agravos crônicos, ao contrário daqueles que exercem alto grau de coordenação e cuidados abrangentes².

A despeito das dificuldades no espaço regional, argumenta-se que o arranjo das Policlínicas é mais afeito ao desenvolvimento de estratégias de coordenação. Os especialistas focais têm vínculos desprecarizados, fazem parte de uma única estrutura de saúde e, até o momento, não havia expressiva rotatividade. Por outro lado, a coordenação do cuidado em regiões de saúde exige estratégias diferenciadas, mediadas por tecnologias digitais e, sobretudo, prioridade política e de gestão que poderiam se expressar na definição de metas e remuneração por desempenho para ações de coordenação.

As referências da APS para a AE são influenciadas pela experiência anterior no manejo de determinadas doenças, e podem se beneficiar da obtenção de uma segunda avaliação³². O cenário regional pode se beneficiar do uso do Telessaúde, de estratégias de EP voltadas ao trabalho em rede, além da urgente institucionalização da contrarreferência, objetivo factível e possível na Policlínica. Justamente por se tratar de equipamento regional, com alguns municípios muito distantes, mais necessário é tornar o cuidado resolutivo mais próximo dos usuários.

A necessidade e benefícios da adoção de prontuários eletrônicos compartilhados entre os pontos de atenção são ratificados por muitos estudos na medida em que apoiam a

comunicação eficaz entre pacientes e prestadores, a integração horizontal e vertical entre serviços de saúde³³. Embora no país estejamos distantes de políticas públicas que garantam a padronização e interoperabilidade dos prontuários eletrônicos, uma solução intermediária, ainda que não suficiente, seria o aproveitamento máximo das funcionalidades do SIGES que permite a contrarreferência.

O Manual de Acesso²⁴ constitui importante instrumento para estabelecimento dos fluxos assistenciais à AE. Contudo, a adesão a protocolos para gerenciamento das transições entre níveis envolve, entre outros aspectos, a padronização de processos, capacitação e explícita definição das responsabilidades entre os prestadores³³. Muitas são as barreiras reconhecidas para a adesão de médicos às diretrizes de práticas clínicas como: familiaridade, concordância com as evidências e capacidade de superar a inércia de práticas anteriores³⁴. Tais indicativos podem guiar processos de EP e matriciamento realizado pelos especialistas, ações ainda não desenvolvidas.

A integração e comunicação entre Policlínica e controle social/população também é considerado aspecto relevante para a proposição de um modelo de AE em perspectiva de RAS. Embora a implantação do SUS tenha produzido espaços de pactuação regional e federativa, a cooperação parece não ter sido alcançada como desejado, em parte, pela baixa permeabilidade desses arranjos à rede, usuários, trabalhadores e atores externos²⁷. Ainda que os consórcios, a exemplo da experiência do Ceará, tenham fortalecido a regionalização^{20,25}, permanece o desafio do aprofundamento da relação com as instâncias de participação social para planejamento e monitoramento das ações²⁶. Ademais, advoga-se o permanente diálogo com usuários e familiares para que possam compreender que o reposicionamento da AE nas redes não representa restrição do acesso aos especialistas³.

Funções de matriciamento, EP, integração ensino-serviço e de pesquisa são estratégicas. Ser um polo de formação e produção de conhecimento para aprimoramento dos processos internos e para o SUS, além de viável, pode contribuir para o deslocamento da Policlínica do papel exclusivo de provedor de AE. A avaliação dos usuários deve ser valorizada na adoção de medidas de aperfeiçoamento do serviço em aspectos considerados relevantes³⁵, assim como para garantir a sustentabilidade da política²⁰.

Embora aspectos políticos do processo de implementação e da dinâmica regional não tenham sido tratados neste artigo, representam condicionantes para a compreensão dos limites e possibilidades do arranjo CIS/Policlínicas para a organização e provisão da atenção de AE no SUS.

Por fim, ressalta-se que, além do enfrentamento dos vazios assistenciais e dos desafios intrínsecos à AE, destacados neste trabalho, há movimentos a serem realizados nas redes e ofertas locais de saúde, aliados ao necessário fortalecimento da APS, abrangente, resolutiva e que possa assumir a condução do sistema. De forma complementar, argumenta-se que o arranjo das Policlínicas Regionais, com a incorporação do transporte sanitário eletivo seguro e de qualidade, apresenta possibilidades mais concretas de avanços em uma modelagem para oferta de AE na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Cyr ME, Etchin AG, Guthrie BJ, Benneyan JC. Access to specialty healthcare in urban versus rural US populations: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2019; 19:974.
2. She Z, Gaglioti AH, Baltrus P, Li C, Moore MA, Immergluck LC, Rao A, Ayer T. Primary Care Comprehensiveness and Care Coordination in Robust Specialist Networks Results in Lower Emergency Department Utilization: A Network Analysis of Medicaid Physician Networks. *J Prim Care Community Health* 2020; 11:2150132720924432.
3. Cohen E, Wang CJ, Zuckerman B. Specialized Care without the Subspecialist: A Value Opportunity for Secondary Care. *Children* 2018; 5(6):69.
4. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho JI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
5. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. *International Profiles of Health Care Systems 2020*. Washington, D.C.: The Commonwealth Fund, London School of Economics and Political Science; 2020.
6. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, Melo ECP, Oliveira EXG, Carvalho MS, Pereira AMM, Oliveira RAD, Martinelli NL, Oliveira CF. Regional governance arrangements of the Brazilian Unified National Health System: provider diversity and spacial inequality in service provision. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Sup. 2):e00094618.
7. Fleet R, Pelletier C, Marcoux J, Maltais-Giguère J, Archambault P, Audette LD, Plant J, Bégin F, Tounkara FK, Poitras J. Differences in Access to Services in Rural Emergency Departments of Quebec and Ontario. *PLoS One* 2015; 10(4):e0123746.
8. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet* 2017, 22(3):941-951.

9. Almeida PF, Santos AM, Cabral LM, Bousquat A, Fausto MC. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural Remote Health* 2021; 21:6652.
10. Bradley EH, Byam P, Alpern R, Thompson JW, Zerihun A, Abebe Y, Curry LA. A Systems Approach to Improving Rural Care in Ethiopia. *PLoS One* 2012; 7(4):e35042.
11. Zhao Q, Wang L, Tao T, Xu B. Impacts of the “transport subsidy initiative on poor TB patients” in rural China: A patient-cohort-based longitudinal study in rural China. *PLoS One* 2013; 8(11):e82503.
12. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª ed. Brasília: OPAS; 2011.
13. Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health* 2013; 38(5):976-993.
14. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):2012-2020.
15. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Cien Saude Colet* 2019; 24(6):2125- 2134.
16. Mendes EV. O desafio da Atenção Secundária Ambulatorial Especializada: um novo modelo de integração em rede com a Atenção Primária à Saúde. In: Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília: CONASS; 2019. p. 613- 672.
17. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1109-1120.
18. Botti CS, Artmann E, Spinelli MAS, Scatena JHG. 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. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(3):491-500.
19. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cad Metropole* 2016; 18(36):377- 399.
20. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima, LD. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24:4527-4540.
21. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Assessoria de Planejamento e Gestão. Observatório Baiano de Regionalização. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2021.
22. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2015.
23. Bahia. Secretaria de Estado da Saúde. Caminhos do Cuidar: estratégia para a oferta oportuna ao diagnóstico de câncer [Internet]. [acessado 2021 mar 13]. Disponível em: <http://telessaude.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2022/03/webpalestra-10.12.2019.pdf>.

24. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Saúde. Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB; 2017.
25. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(3):e00037519.
26. Lui L, Schabbach LM, Nora CRD. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Cien Saude Colet* 2020; 25(12):5065-5074.
27. Padilha A, Oliveira DC, Alves TA, Campos GWS. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4509-4518.
28. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Vianna ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310.
29. Wolfe MK, McDonald NC, Holmes GM. Transportation Barriers to Health Care in the United States: Findings from the National Health Interview Survey, 1997-2017. *Am J Public Health* 2020; 110(6):815-822.
30. Becerra JM, Reis RS, Frank LD, Ramirez-Marrero FA, Welle B, Cordero EA, Mendez Paz F, Crespo C, Dujon V, Jacoby E, Dill J, Weigand L, Padin CM. Transport and health: a look at three Latin American cities. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):654-666.
31. Araújo JKL, Silva LM, Santos CA, Oliveira IS, Fialho GM, Del Giglio A. Assessment of costs related to cancer treatment. *Rev Assoc Med Bras* 2020; 66(10):1423- 1430.
32. Mori NLR, Olbrich Neto J, Spagnuolo RS, Juliani CMCM. Resolution, access, and waiting time for specialties in different models of care. *Rev Saude Publica* 2020; 31(54):18.
33. Janett RS, Yeracaris PP. Electronic Medical Records in the American Health System: challenges and lessons learned. *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1293-1304.
34. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282(15):1458-1465.
35. Doubova SV, Infante-Castañeda C, Roder-DeWan S, Pérez-Cuevas R. User experience and satisfaction with specialty consultations and surgical care in secondary and tertiary level hospitals in Mexico. *BMC Health Serv Res* 2019; 19:872.

Artigo apresentado em 19/02/2022 Aprovado em 09/06/2022

Versão final apresentada em 11/06/2022

Publicado em: Ciência & Saúde Coletiva, 27(10):4025-4038, 2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

5.2 Artigo 2

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: O DESAFIO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Kamilla Santos Silva Azevedo IMS/UFBA; Patty Fidelis de Almeida ISC/UFF

RESUMO

O objetivo deste estudo consiste em analisar a experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista, a partir dos atributos de um modelo de oferta de Atenção Especializada na perspectiva das redes regionalizadas de atenção à saúde. A metodologia utilizada foi o estudo de caso único do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, na qual foram entrevistados 09 trabalhadores (profissionais de saúde, administrativo, transporte, ouvidoria), por meio de roteiro semiestruturado. Foram encontrados como resultados: dificuldades no processo de referência e contrarreferência; inexistência de prontuários clínicos eletrônicos que sejam compartilhados entre a policlínica e demais pontos de atenção; existência de iniciativas exitosas como o Projeto Caminhos do Cuidar que visa o acompanhamento do cumprimento da lei dos sessenta dias para pacientes com câncer; atendimento voltado a pacientes com complicações provenientes do diabetes; educação permanente voltada para profissionais em parceria com instituições como o Centro de Atenção e Apoio à Vida (CAAV), Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Pode-se concluir que tal proposta pode ser considerada como um modelo potencial para a AE no sistema público de saúde, ainda que tenham sido identificados pontos passíveis de aperfeiçoamento em sinergia com as equipes de APS dos municípios consorciados.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde, Planejamento dos Serviços de Saúde, Integração dos Serviços de Saúde, Consórcios de Saúde

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), também compreendidas como redes regionalizadas, ou redes integradas de saúde, conformam-se em sistemas ou serviços integrados devendo ser capazes de gerir e prover a assistência de saúde dentro do território, de forma a

favorecer a comunicação entre os pontos de atenção que a sustentam (VIANA et al., 2018), resultando numa relação de complementaridade entre eles, em especial, a Atenção Primária em Saúde (APS) e os cuidados especializados (TESSER, 2017).

Atenção Especializada (AE) pode ser definida conceitualmente como a junção de ações, práticas e técnicas assistenciais que englobam tecnologias mais adensadas, ofertadas de modo hierarquizado, regionalizado, pautado na economia de escala e de escopo, que possam atender às necessidades sanitárias da população, prezando pela qualidade na prestação de serviços em saúde (SOLLA et al., 2012).

A configuração da AE pode variar conforme a estrutura do sistema de saúde de cada país, evidenciando sua diversidade organizacional, principalmente no que se refere ao atendimento ambulatorial especializado em consultórios particulares e hospitais públicos ou privados de diferentes nações, conforme sumarizado pelo *International Profiles of Health Care Systems* (2020). Em países como Austrália, Canadá e Japão, os usuários possuem autonomia na escolha do especialista, não sendo necessário encaminhamento prévio; na Itália, uma vez encaminhados, os pacientes podem escolher qualquer hospital público ou privado credenciado, mas não têm escolha de especialista. Para pessoas que residem na Suíça e que não estão cadastradas em algum plano de saúde o acesso aos especialistas acontece gratuitamente sem a necessidade de encaminhamento prévio. Nos Estados Unidos a AE é ofertada em consultórios particulares e hospitais, e o acesso aos especialistas pode ser limitada para os beneficiários do programa Medicaid e Medicare, não havendo articulação com APS, como reivindicado por Starfield (1983), resultando num sistema que não funciona de maneira universal.

No Brasil, anseia-se que AE caracterize-se pela articulação de componentes de média densidade tecnológica ou nível de atenção secundário, incorporando atributos como: capacidade de articulação com os demais pontos de atenção à saúde; ser ofertada por centros de especialidades médicas como por exemplo, policlínicas, ambulatórios, núcleos de especialidades de saúde, consultórios autônomos vinculados ao setor privado, entre outros; ser acessada, preferencialmente, por intermédio da APS, de forma que os prontuários clínicos eletrônicos estejam também integrados a ela; dispor de protocolos clínicos construídos com base em evidências para nortear as decisões clínicas do cuidado multiprofissional; participar de processos de educação permanente que envolvam tanto a APS quanto a AE (MENDES, 2011).

Para além disso, espera-se que a APS tenha o papel decisivo no processo de regulação do acesso, definindo e implementando os fluxos assistenciais na RAS, além de gerir filas de espera de maneira a mitigar encaminhamentos desnecessários, embasados na regulação local,

conforme descrito na Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Atrelado a isso é de suma importância que o sistema de referência e contrarreferência esteja implementado, pois a partir dele se faz possível a comunicação entre os mais diversos profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção, garantindo-se assim a continuidade no cuidado integral ofertado ao usuário (OLIVEIRA, *et al.*, 2021).

Entretanto, ainda hoje, por não possuir um modelo organizativo próprio, a AE incorpora em seu arranjo aspectos que se aproximam de um modelo de organização em SILOS (CONASS, 2016), ou seja, caracterizado pela sua fragmentação em consultas e procedimentos; desarticulação com os demais pontos de atenção, em especial a APS, convergindo para heterogeneidade da rede de cuidados especializados e resultando no aumento das filas de espera para especialidades e na descontinuidade do cuidado, sobretudo em municípios do interior e zonas rurais, ocasionando na necessidade de grandes deslocamentos (TESSER, 2017; ALMEIDA, *et al.*, 2021).

Além disso, não há incentivos para a educação permanente (importante ferramenta para transformação das práticas) e supervisão clínica, muito menos segunda opinião e pesquisa clínica, tornando esse modelo insuficiente à complexidade da demanda referida à AE (MATOS *et al.*, 2019). A oferta de serviços segue pulverizada, onerando os cofres públicos, gerando entraves no processo de regionalização, na conformação das RAS, ao mesmo tempo que mobiliza agentes públicos e privados com interesses divergentes (LIMA, 2019; PIFANO, 2016).

Em contrapartida, um modelo alternativo ao SILOS seria o de Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial ou PASA, no qual prevalece o compartilhamento da responsabilidade na coordenação do cuidado pelos generalistas e especialistas, e além disso, a dinâmica entre a APS e AE possui como atributos ser organizada, segura e planejada para evitar danos às pessoas; ser efetiva; ser centrada nas pessoas; ser eficiente; ser equitativa, entre outros (MENDES, 2019).

Trazendo as experiências em curso no SUS, um dos aparelhos públicos que poderia se aproximar da dinâmica PASA seriam as Policlínicas Regionais de Saúde, geridas via Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS), a exemplo de experiências nacionais, como é o caso do Ceará (ALMEIDA *et al.*, 2019), e que inspiram o modelo implementado na Bahia. Isso se deve a sua organização e planejamento regionais, com garantia de transporte sanitário de forma que o usuário não tenha gastos adicionais e possa ter o acesso facilitado (SESAB, 2021).

Diante do exposto, este artigo tem por objetivo analisar a experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista, a partir dos atributos de um modelo de oferta de Atenção Especializada na perspectiva das redes regionalizadas de atenção à saúde. A pergunta de investigação que o norteia é: De que maneira a experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista converge para modelo de oferta de AE sob a perspectiva das RAS, e norteada pelos atributos do modelo PASA?

METODOLOGIA

Tipo e cenário do estudo

Esta investigação ocorreu sob os moldes do estudo de caso único do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo a experiência da Policlínica Regional de Vitória da Conquista/Itapetinga, como cenário escolhido intencionalmente. Durante a execução da pesquisa o quantitativo de CIS implantados já atingia o total de 23, assim como o de policlínicas inauguradas (BAHIA, 2023). A conformação do Consórcio Interfederativo de Saúde da região de Vitória da Conquista e Itapetinga – CISVITA – correspondia a 28 municípios, abrangendo 02 regiões de saúde (Quadros 01 e 02), pertencentes à macrorregião sudoeste, com pouco mais de 800 mil habitantes.

Quadro 1: Caracterização dos Municípios pertencentes à região de saúde de Vitória da Conquista-Bahia, pactuados com o CISVITA (2022-2023)

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA-BAHIA MUNICÍPIOS PERTENCENTES AO CISVITA (2022-2023) (2022-2023)			
MUNICÍPIO	Nº HABITANTES (POP 2022)	EXTENSÃO TERRITORIAL (Km ²)	COBERTURA DE APS (%) JUN/2023
Anagé	25.438	1.899,683	100
Barra do Choça	36.539	765,936	100
Belo Campo	18.412	772,756	100
Bom Jesus da Serra	9.730	467,813	100
Caetanos	11.266	767,146	84,9
Cândido Sales	25.247	1.169,814	100
Caraibas	9.940	805,629	100
Condeúba	17.053	1.348,039	100
Cordeiros	7.546	523,640	100
Encruzilhada	19.107	1.890,133	100
Maetinga	6.973	614,834	100
Mirante	10.187	1.172,860	100
Piripá	9.152	511,756	98,22
Planalto	23.135	769,000	92,33
Poções	48.293	937,269	100
Presidente Jânio Quadros	12.621	1.208,549	100
Ribeirão do Largo	9.740	1.363,700	100
Tremedal	16.296	2.010,316	100

Vitória da Conquista	370.868	3.254,186	69,54
-----------------------------	---------	-----------	-------

Fonte: Elaborado com base nos dados extraídos de egestorab.saude.gov.b

Quadro 2: Caracterização dos Municípios pertencentes à região de saúde de Itapetinga-Bahia, pactuados com o CISVITA (2022-2023)

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DE ITAPETINGA-BAHIA: MUNICÍPIOS PERTENCENTES AO CISVITA (2022-2023)			
MUNICÍPIO	Nº HABITANTES (POP 2022)	EXTENSÃO TERRITORIAL (Km ²)	COBERTURA DE APS (%) JUN/2023
Caatiba	6.205	512,436	100
Ibicuí	13.934	1.139,378	93,4
Iguaí	21.358	860,223	65,34
Itambé	24.394	1.534,575	100
Itapetinga	65.867	1.651,158	80,65
Itarantim	17.052	1.674,029	76,88
Macarani	21.599	1.210,106	83,93
Maiquinique	8.731	588,297	68,18
Nova Canaã	13.715	804,617	91,08

Fonte: Elaborado com base nos dados extraídos de egestorab.saude.gov.b

Fontes de informação e sujeitos da pesquisa

Como fontes de informação foram examinadas 09 entrevistas semiestruturadas, realizadas com trabalhadores da policlínica selecionados intencionalmente, de forma a contemplar funções relacionadas à assistência em saúde, ouvidoria, transporte sanitário e recepção dos pacientes agendados. As entrevistas foram realizadas na Policlínica, de outubro a de novembro de 2022, totalizando 485 minutos de gravação em áudio. O Quadro 1 descreve o perfil dos entrevistados de forma genérica para evitar a identificação dos informantes.

Quadro 3: Caracterização dos participantes da pesquisa - Bahia, Brasil, 2022- Etapa II

Entrevistado	Tempo de atuação na Policlínica	Sexo	Formação	Pós-Graduação	Outros Vínculos
Médico	1 ano e 3 meses	F	Medicina	Infectologia	Sim
Farmacêutico	2 anos e 11 meses	F	Farmácia	Farmácia Hospitalar Clínica/ Gestão Pública em Saúde	Não
Ouvidoria	3 anos e meio	F	Enfermagem	-	Não
Motorista	3 anos	M	Segundo Grau Completo	-	Não

Profissional de Enfermagem	3 anos e 2 meses	F	Técnico em Enfermagem/ Pedagogia	-	Não
Profissional de Enfermagem	2 anos e 2 meses	F	Enfermagem	Saúde Coletiva	Sim
Psicólogo	3 anos	F	Psicologia	Saúde da Família	Não
Assistente Administrativo	1 ano 1 mês	M	Administração	-	Não
Assistente Social	3 anos	F	Serviço Social	Saúde Mental	Não

Fonte: elaboração própria.

Análise dos dados

Os resultados encontrados foram extraídos a partir da análise de conteúdo de todo material considerando as etapas de: pré-análise na qual foi realizada a leitura flutuante de todas as entrevistas e documentos pertinentes; exploração do material empírico a partir das dimensões temáticas; e finalmente a interpretação dos achados, considerando ponto de vista dos participantes, dimensões e componentes do estudo (BARDIN, 1977), observando também pontos de confronto e complementariedade presentes nas experiências desses atores.

O referencial para análise da experiência da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista, a partir dos atributos de um modelo de oferta de AE na perspectiva das redes regionalizadas de atenção à saúde, apoiou-se nas dimensões do modelo denominado por Mendes (2011) como “pontos de atenção secundária de uma rede” ou Modelo Pasa (Mendes, 2011; 2019) e em Almeida *et al.* (2022). O desenho propõe reconfigurar a posição da AE como parte da RAS, em contraposição à lógica fragmentada que caracteriza os “centros de especialidades médicas”, o que envolve fluxos de referência e contrarreferência; dificuldades, limitações e qualidade das informações; prontuário eletrônico, protocolos clínicos e listas de espera; Educação Permanente e espaço de formação profissional; Comunicação entre os profissionais da APS e AE; e papel da Policlínica Regional na produção da assistência especializada (**Quadro 4**).

Quadro 4: Matriz para análise da prestação da oferta de Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde, via Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, 2022. - Etapa II

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Fluxos de referência e contrarreferência	<ul style="list-style-type: none"> - APS como ordenadora do cuidado; - Contrarreferência para APS; - Dificuldades, limitações e qualidade das informações; 	Fluxos de referência-contrarreferência e comunicação entre os profissionais da APS e AE
Comunicação entre os profissionais da APS e AE	<ul style="list-style-type: none"> -Estratégias de aproximação com a comunidade; - Atividades extramuros; - Relação com as instâncias de participação do SUS; 	
Educação Permanente e espaço de formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivos para capacitação profissional da equipe da policlínica; - Realização de atividades de educação permanente junto aos profissionais de saúde da rede; - Desenvolvimento de pesquisas; 	Estratégias para a promoção de Educação Permanente e espaço de formação profissional
Papel da Policlínica Regional na produção da assistência especializada	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção dos trabalhadores 	Papel da Policlínica Regional na produção da assistência especializada: Potência para o modelo PASA
Prontuário eletrônico, protocolos clínicos e listas de espera	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos clínicos para AE; - Prontuários clínicos informatizados; - Monitoramento de lista de espera para procedimentos. 	Prontuário eletrônico, protocolos clínicos e listas de espera

Fonte: elaboração própria, inspirada no PASA e no modelo de policlínicas.

Embora algumas dimensões, *a priori*, tenham guiado os roteiros de entrevista e orientado a análise temática.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, CAAE 40092220.9.0000.5243, Parecer N° 4.574.166.

RESULTADOS

Fluxos de referência-contrarreferência e a comunicação entre os profissionais da APS e AE

O acesso aos serviços especializados ofertados pela Policlínica Regional segue um fluxo pré-estabelecido. Inicia-se pela APS, na qual o usuário é avaliado pelo profissional médico da unidade de saúde do município e, havendo necessidade de cuidados especializados, ocorre o agendamento via central de regulação local, considerando elementos como disposição de vagas e horários; orientação quanto a exigência ou não de preparação prévia para realização de alguns exames como endoscopia, entre outros; identificação e notificação de possíveis equívocos cometidos pelas unidades referenciadoras no preenchimento das guias de encaminhamento; além de critérios de prioridade clínica. Após essa etapa o usuário desloca-se do seu município à Policlínica munido de passagem e acompanhante (quando necessário). Via de regra, o traslado é viabilizado por meio de transporte próprio (ônibus/van) ofertado pela Policlínica.

Finalizado o atendimento, o usuário deve retornar ao município portando relatório médico, resultados de exames, para que estes sejam apresentados e avaliados pelo profissional que o assistiu inicialmente, de forma a dar continuidade ao cuidado. Quando laudos não são expedidos no ato do procedimento, os resultados são enviados ao município (geralmente entregues ao condutor do ônibus/van).

Ao descreverem o fluxo, grande parte dos entrevistados relatou dificuldades, principalmente no que diz respeito à referência e regulação locais, entre as quais: agendamento de uma modalidade de raio-x diferente da que está na guia de solicitação; falta de orientação aos usuários quanto a preparação adequada para exames que exijam jejum, tricotomia, assepsia de couro cabeludo; não realização do exame ou procedimento por retenção da guia na regulação. Situações como essas geram muitas vezes a suspensão de exames/procedimentos, havendo necessidade de remarcação e deslocamento desnecessário do usuário.

Apesar das dificuldades referidas, os entrevistados reconhecem a importância da regulação no processo de referenciamento, sendo ela definida por um dos entrevistados como “determinante para a qualidade do atendimento ao usuário”.

Sobre os fluxos de referência da policlínica para a atenção hospitalar, as avaliações diferiram. Alguns entrevistados consideraram não saber como ocorre o processo. Outros mencionaram que a função de realizar contato com a rede hospitalar fica à cargo da coordenação de enfermagem, juntamente com o setor administrativo da Policlínica. Os usuários residentes em Vitória da Conquista que necessitam de emergência no atendimento são

encaminhados para UPA. Nos casos dos usuários que residem nos municípios consorciados, o contato é realizado com a regulação municipal para que providencie o traslado de retorno via ambulância ou carro particular. Nas duas situações os usuários são encaminhados munidos de relatório clínico fornecido pela Policlínica.

Durante as entrevistas algumas estratégias voltadas para a coordenação dos cuidados foram mencionadas. Dentre as quais o Projeto Caminhos do Cuidar; o Serviço de Atenção aos Pacientes com Pé Diabético e um fluxo interno de referenciamento para especialidades como psicologia e nutrição.

O Projeto Caminhos do Cuidar (SESAB, 2018) foi desenhado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), tendo como objetivo acolher os usuários com diagnóstico de câncer, acompanhados por um profissional de referência da Policlínica, neste caso assistente social, de forma a fazer cumprir a Lei dos sessenta dias (BRASIL, 2012) para início do tratamento a partir do diagnóstico. Ao receberem o resultado positivo, os usuários, via SIGES, são acompanhados até iniciarem o tratamento.

Com quarenta dias... o sistema tá me dizendo que eu tenho que mandar um ofício pra secretaria de saúde dizendo que aquela paciente que passou por aqui tem quarenta dias que recebeu um diagnóstico né, de câncer. Aí eu mando esse ofício pra todos os municípios, são vinte e oito municípios né. [...] falo que o paciente tá no projeto caminhos do cuidar e falo do prazo de sessenta dias (E5).

A Policlínica envia um ofício ao município de origem para que se responsabilize pela continuidade do cuidado, uma vez que o serviço não se relaciona com as demais unidades da rede. A regulação local fica responsável por matricular o paciente em uma unidade de referência para tratamento do câncer - UNACON. Uma vez iniciada a terapêutica, o responsável técnico pelo Projeto na Policlínica entra em contato com a regulação para acompanhamento do caso: local em que o tratamento está sendo realizado; modalidade de tratamento (radioterapia, quimioterapia) e a data do início. Em caso de recidiva o paciente passa por todo esse fluxo novamente.

Os entrevistados relatam dificuldades quanto ao cumprimento do prazo estabelecido pela Lei 12.732/12 (BRASIL, 2012). Entre os problemas identificados, menciona-se a restrição de acesso e até mesmo resistências para aceitação do diagnóstico e início do tratamento. Por vezes, quando o paciente consegue realizar a matrícula na unidade de referência, outros exames são solicitados, para que assim seja definida a intervenção:

O oncologista não vai chegando, abraçando o paciente, operando logo, fazendo a cirurgia, não, ele vai pedindo outros exames né, imunoistoquímicos, e outros exames mais... ele volta pra mostrar todos esses exames pro oncologista e aí o oncologista vai definir o tipo de tratamento... é radioterapia, quimioterapia, é... cirurgia né, dependendo[...]" (E5)

O atendimento aos pacientes com Pé Diabético é voltado para acompanhamento de usuários diabéticos, portadores de lesões de difícil recuperação, e que exigem uma assistência multidisciplinar. O acesso ao serviço pode ocorrer via demanda programada (paciente avaliado no município consorciado de origem-encaminhado via regulação) ou por demanda espontânea interna (paciente encaminhado por profissional da policlínica durante avaliação por outra demanda de saúde).

Profissionais como nutricionista, equipe de enfermagem, infectologista, endocrinologista e psicólogo atuam na assistência a esses usuários de maneira a garantir o suporte psicológico, orientações nutricionais e realização de curativos especiais.

[...]temos uma equipe multidisciplinar por exemplo, eu posso exemplificar pra você, que participa do atendimento ao paciente com lesões, o pé diabético, por exemplo, né... aí é uma equipe multidisciplinar nós temos a infectologista, o angiologista, nutricionista, psicólogo e equipe de enfermagem no caso um técnico e um enfermeiro que fazem esse atendimento desse paciente de forma holística. (E4)

Para ter acesso o usuário passa, inicialmente, pela consulta de enfermagem para o acolhimento, classificação do risco e coleta do histórico. Se atender ao perfil do serviço, é encaminhado pela enfermagem para ser atendido pelo nutricionista e psicólogo no mesmo dia, sem a necessidade de regulação pelo município. Em casos mais complexos o encaminhamento pode ser estendido ao angiologista e endocrinologista. A avaliação das lesões define também a modalidade de curativo, sendo realizados na Policlínica os curativos especiais para lesões de alto risco e para as lesões de baixo risco, segue a orientação para realizarem nos municípios de origem.

Há também possibilidade de referências internas para alguns casos e profissionais específicos, que permite que o usuário tenha acesso a especialidades como nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, entre outros, com base em necessidades

identificadas durante consultas de enfermagem e médicas, sem necessidade de regulação municipal:

O paciente chega até a Policlínica para realizar uma consulta médica ou um exame. Quando o médico ou enfermeiro ou técnico identifica que aquele paciente tem alguma questão de saúde mental, seja uma ansiedade com um nível elevado, seja uma angústia, se esse paciente está um pouco choroso... ele percebe a necessidade e encaminha para mim, né. Geralmente esse paciente ele consegue ser atendido no mesmo dia, é uma agenda interna o pessoal não consegue marcar das cidades né, de fora” (E2).

[...] o paciente tá com a diabetes super alto, ele está com a alimentação deficiente em função de uma dificuldade financeira. Né... é um auxílio que ele não está recebendo [...]. Aí (nutricionista) identificou essa questão aí ela já encaminha o paciente para o serviço social (E5).

No que diz respeito à contrarreferência, alguns dos profissionais de saúde mencionaram dispor dos relatórios gerados por meio do sistema de informação da Policlínica, ou seja, Sistema Integrado de Gestão de Saúde (SIGES), como mecanismo de devolutiva para os municípios de origem, sendo de responsabilidade do usuário a entrega ao profissional de referência da APS ou Secretaria de Saúde. Outros disseram não realizar contrarreferência.

De forma quase unânime, os entrevistados destacaram a necessidade de se criar um canal que viabilize o contato direto entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, já que as atuações eram totalmente isoladas. Dessa forma, foram elencadas como possível estratégia de integração entre profissionais da Policlínica e da APS a realização de encontros periódicos que viabilizem a discussão de casos específicos de cada município e uma oportunidade de capacitação dos trabalhadores que atuam principalmente nas regulações municipais.

Prontuário eletrônico, protocolos clínicos e listas de espera

Para gestão das informações clínicas e de regulação, a Policlínica utiliza o SIGES, conforme mencionado anteriormente. O sistema é alimentado com informações referentes a assistência prestada ao paciente como histórico clínico, exame físico, resultados de exames, evolução de procedimentos, entre outros. Permite que as informações sejam compartilhadas

entre os profissionais de saúde da Policlínica, além disso, possibilita a emissão de relatórios clínicos, muitas vezes utilizados como estratégia de contrarreferência para a APS.

Por ser usado como principal sistema de gestão de dados, o SIGES é reconhecido pela maioria dos profissionais entrevistados como prontuário eletrônico, exceto E4 que justifica sua narrativa pela possibilidade de se alterar as informações:

[...] o SIGES que é um sistema de informação né, onde nós alimentamos ele com as informações do paciente, nós procuramos alimentá-lo ao máximo, o que a gente pode. Só que ele não é um prontuário eletrônico. Então todas as informações que são lançadas lá a gente busca fazer a impressão e registrar também em formulários físicos de forma a esses registros físicos eles existirem, né que são arquivados aqui no SAME. [...] Ele não é o prontuário. Porque ele é editável, entendeu? As informações podem ser editadas. [...] Ao terminar os seus relatos imprimem, batem o carimbo, assinam e ali se torna um prontuário legal [...] (E4).

Ele é um sistema fácil de usar. Mas ele é complexo porque é tudo individualizado, por exemplo, se eu vou pedir pro paciente uma rotina com dez exames de laboratório eu tenho que lançar um por um. Eu não consigo colocar todos os exames e fazer uma impressão só. (E3)

Também foi mencionada lacuna de informações referentes ao paciente, devido ao não preenchimento adequado das informações por alguns profissionais:

[...]alguns (profissionais) fazem toda essa descrição detalhada, outros não fazem, porque às vezes a gente tá aqui no consultório igual já aconteceu de eu tá com o médico, esse paciente em si, correndo para você dar necessidade urgente, e a gente abriu o prontuário dele [...] não tinha nada escrito, né, apenas que ele tinha passado pelo atendimento. Então isso depende muito de um profissional pra outro. Está lá pra fazer o preenchimento, mas alguns não preenchem (E7).

Sobre o uso de protocolos clínicos, alguns entrevistados relataram fazer uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), construídos para orientação de procedimentos e

execução de exames. Outros mencionaram não disporem de tais ferramentas, seguindo um padrão próprio desenvolvido a partir de sua formação profissional.

Em relação à existência e monitoramento de listas de espera para procedimentos, exames e consultas, a maioria dos entrevistados relatou desconhecer, presumindo que tal informação restringe-se à regulação de cada município, já que estes são responsáveis pelo agendamento. Somente dois relatos expuseram a existência de lista de espera para assistência ao usuário com pé diabético.

Estratégias para promoção de Educação Permanente e espaço de formação profissional

Com base nos achados, não foi possível identificar estratégias voltadas para educação permanente, mas sim movimentos como a “Policlínica Itinerante”, conduzida pela direção da Policlínica, que consistiu na visita aos municípios consorciados com o objetivo de apresentar o fluxo de atendimento, apresentar o serviço e tirar dúvidas; atuação das comissões, dentre elas a de Educação Permanente, todas voltadas para elaboração de atividades como palestras, capacitações, sala de espera, com participação de profissionais da SESAB, do SENAC e do Centro de Atenção e Apoio a Vida (CAAV).

Quando indagados sobre a existência de incentivos para o aperfeiçoamento profissional na Policlínica, a maior parte dos entrevistados mencionou serem atendidos quanto às suas solicitações para realização de cursos de atualização, participação de congressos, levando em consideração o cumprimento da agenda de atendimentos. A maioria dos cursos são oferecidos pela SESAB e são realizados durante o turno de atendimento, havendo o bloqueio de agenda ou escalonamento de equipe quando necessário.

A maioria dos entrevistados reconhece a Policlínica como campo de formação para profissionais de saúde, trazendo como exemplo a presença de estudantes de graduação em medicina e residência médica. Tal iniciativa é considerada de extrema importância pois os estudantes aprendem muito com a prática, agregando valor à atuação profissional.

Papel da Policlínica Regional na produção da assistência especializada: Potência para o modelo PASA

Foi unânime o reconhecimento da Policlínica como dispositivo de transformação da assistência especializada na região de saúde, sendo utilizadas expressões como “inovação”

(E2), “veio para somar” (E5), “veio para agregar” (E7), como forma de qualificar e enaltecer tal equipamento.

Como avanços foram pontuados principalmente a promoção do acesso à assistência especializada para usuários residentes em regiões longínquas; diminuição do tempo de espera para exames como ressonâncias, tomografias, entre outros; redução de custos em saúde pelos municípios, viabilizada pela gestão em caráter de consórcio; satisfação do usuário quanto a infraestrutura, humanização do atendimento e transporte.

Em relação aos desafios e pontos para aperfeiçoamento foram citados maior ampliação da assistência no que diz respeito à contratação de mais profissionais e oferta de exames; valorização profissional; maior divulgação da Policlínica na rede de atenção no que diz respeito ao seu papel, especialidades ofertadas (muitas vezes desconhecidas como é o caso da infectologia); estabelecer um canal de comunicação com os demais pontos de atenção, em especial a regulação dos municípios para superar as falhas no processo de agendamento.

Todos avaliam que a Policlínica consiste num projeto sustentável, independente da alternância de governo.

DISCUSSÃO

Os Consórcios Públicos são dispositivos conformados com base na união cooperativa e voluntária entre entes federados, sem finalidade lucrativa, de direito público, destinados para a aquisição de bens ou prestação serviços, visando o interesse coletivo e benefícios públicos (BORGES et al., 2022). Os consórcios também podem ser implantados com o propósito de solucionar problemas territoriais que perpassam pelos mais diversos setores - educação, meio ambiente, infraestrutura - maximizando o acesso e a qualidade dos serviços prestados, com custos reduzidos (LINHARES et al., 2012).

No âmbito da saúde, a implantação dos consórcios pode ser pensada tanto para aquisição de insumos (medicamentos e equipamentos) de forma mais regional, como também para organizar as demandas por consultas e serviços especializados (LUI et al., 2020). No SUS, seu potencial descentralizador deve contribuir para a expansão do acesso e da oferta de serviços para municípios de pequeno porte (95% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes), viabilizando o processo de regionalização da atenção à saúde. Com isso, espera-se que haja a integração dos diversos níveis do cuidado à saúde, atrelada às políticas econômicas e sociais, promovendo a inclusão social e convergindo para a redução das desigualdades regionais (NEVES, 2006; PIFANO, 2016; BOTTI, et al., 2014; GADELHA, 2009; VIANA, et al., 2010).

O caso da Policlínica Regional de Saúde de Vitória da Conquista e Itapetinga, assim como as demais implantadas ao longo do território baiano, inspira-se no exitoso modelo presente no estado do Ceará (ALMEIDA, 2019), sendo gerida via consórcio público de saúde, em caráter vertical. Tal aparato constitui numa estrutura especializada no apoio diagnóstico, sendo composta por uma equipe multiprofissional qualificada para atender às demandas de saúde no SUS, pautadas no perfil epidemiológico da região na qual está vinculada (BAHIA, 2022). Dessa forma, tenta superar os impactos negativos gerados pela fragmentação da rede de atenção especializada no SUS e que resulta num histórico de lacunas assistenciais presentes em municípios de pequeno e médio porte, que ainda enfrentam dificuldades de acesso para especialidades, exames laboratoriais e de imagem, entre outros (BASTOS et al., 2022).

O processo de referência e contrarreferência, de acordo OLIVEIRA (et al., 2021), constitui-se num sistema de informação de apoio logístico para organização e racionalização na transmissão de informações de saúde referentes ao cuidado prestado ao paciente, permitindo que, por meio dessa dinâmica de fluxos e contrafluxos de informações, os elementos que compõem a trama da RAS possam comunicar-se, obtendo como produto o cuidado integral em saúde. De acordo Mendes (2011), o ato de referenciar e contrarreferenciar deve perpassar por um encaminhamento que descreva o motivo da solicitação da consulta ou procedimento; elenque os procedimentos realizados e medicamentos prescritos. Dessa forma, o especialista amplia sua percepção sobre o usuário e ao preencher a contrarreferência informa o que foi feito, resultados alcançados e recomendações para continuidade do cuidado pela APS ou para um possível retorno, se necessário.

No presente estudo, prevalece experiências encontradas pelo Brasil, ou seja, referências pautadas em encaminhamentos com informações limitadas ou equivocadas, algumas vezes definidas pelo critério "a pedido do paciente" (ALMEIDA, et al., 2022), sem o amparo técnico científico. Tal situação impacta de maneira significativa na integralidade do cuidado podendo resultar em transtornos para os usuários, além de ocasionar no uso irracional de recursos, onerando o SUS. Em relação à contrarreferência, o problema também se estende já que boa parte dos especialistas ainda atuam na perspectiva ambulatorial tradicional, utilizando pontualmente os relatórios produzidos pelo SIGES. Uma forma de solucionar tal problema seria investir na formação dos profissionais que atuam na regulação, na APS e na AE, favorecendo o esclarecimento de dúvidas sobre o papel do sistema de referência e contrarreferência (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

Um diferencial a ser pontuado no caso da Policlínica em questão, e se reflete nas demais experiências da Bahia é a existência do Projeto Caminhos do Cuidar, elaborado pela SESAB

(2018) de forma a garantir o acompanhamento e monitoramento do percurso terapêutico de pacientes oncológicos, buscando fazer cumprir a lei dos 60 dias (BRASIL, 2012). A implementação desse dispositivo na conformação da Policlínica se faz importante pois os pacientes passam a acessar um aparato de recursos diagnósticos centralizados num mesmo ponto, e em caso de diagnóstico definitivo para câncer, conseqüentemente são direcionados para estabelecimentos de alta complexidade em oncologia no estado (SESAB, 2018). Entretanto, destacam que, apesar da legislação, ainda existem desigualdades de acesso relacionadas à rede oncológica, o diagnóstico/tratamento tardios, e a ineficiência do manejo desses pacientes pela APS em suas ações prevenção por conta de uma "demanda de usuários que privilegiam os sintomas, aos recursos escassos e à precarização da educação continuada dos profissionais da Atenção Primária, que estão na linha de frente de acolhimento" (LOMBARDO; POPIM, 2020, p. 8). Tal achado enfatiza a necessidade de se investir na qualificação desses trabalhadores que atuam na atenção básica bem como implementar mecanismos de integração entre os níveis de atenção, que minimizem o risco de perda desse paciente na RAS (SCHOT et al., 2020).

Dentre os dispositivos para a gestão do cuidado oferecido na policlínica, no que se refere aos prontuários eletrônicos, pode-se constatar que o SIGES contém em si um espaço próprio para registro das informações clínicas referentes ao paciente, estando estas restritas aos profissionais que atuam na policlínica, ou seja, não permite o compartilhamento com os demais pontos de atenção. Isso impacta de maneira negativa na continuidade do cuidado, pois o uso dos registros médicos eletrônicos compartilhados poderia apoiar a comunicação entre os mais diversos profissionais da rede, ao mesmo tempo que embasam de maneira qualificada as intervenções clínicas, resultando em maior segurança do paciente (JANETT; YERACARIS, 2020). Como forma de otimizar a ferramenta, Almeida et al. (2022) sugerem que o SIGES seja utilizado de forma sistemática, viabilizando a contrarreferência.

Tratando-se da elaboração e incorporação de protocolos clínicos, importante dispositivo para padronização de processos assistenciais (BELGA et al., 2022), os relatos expressam a existência de instrumentos que uniformizam as ações em saúde. Muitas das ferramentas utilizadas para nortear a execução dos procedimentos e exames são produzidas pela SESAB, para o conjunto das policlínicas, com ajustes locais. O gestor estadual dispõe do Manual de Acesso (BAHIA, 2017), sendo ele uma ferramenta que norteia os fluxos assistenciais à AE. A uniformização dessas ações se faz necessária pois, segundo Mendes (2011) os protocolos clínicos compõem as diretrizes clínicas, ou seja, são instrumentos com capacidade gerencial (padronização de processos), educacional (mudança de práticas por meio

da educação permanente voltada para profissionais e usuários), comunicacional e legal (proteção jurídica para profissionais e organizações de saúde), evitando problemas de comunicação e planejamento.

No que se refere a Educação Permanente em Saúde, o fato de não está implementada, fragiliza a incorporação do modelo PASA, pois dificulta a integração entre os elementos da RAS, apesar de haver parcerias com outras instituições para à integração ensino-serviço-pesquisa, promoção de cursos e treinamentos voltados para os funcionários e a atuação das comissões formadas pelos mesmos.

A estratégia da Policlínica Itinerante pode atuar como um importante canal para a difusão de conhecimento e estreitamento de vínculo com os municípios, qualificação do processo de trabalho e, principalmente, comunicação entre profissionais da AE e demais níveis de atenção, em especial a APS, estabelecendo estratégias de matriciamento que viabilizem o cuidado integral como por exemplo, discussão de casos clínicos, capacitações, interconsultas (ALMEIDA et al., 2013, 2022)

Mesmo diante da necessidade se "aparar as arestas", ou seja, de se reajustar pontos importantes que perpassam desde a maior valorização profissional, à expansão da oferta de especialidades, a avaliação geral feita pelos entrevistados revela uma concepção positiva sobre o papel exercido pela Policlínica na oferta de AE.

CONCLUSÃO

A experiência oportunizada pelo campo viabilizou não só uma maior compreensão da estrutura operacional da Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, como também foi capaz de evidenciar o quão desafiador se faz o processo de delineamento da rede cuidados especializados, que conseqüentemente também pertence às RAS.

Os resultados apresentados apontam avanços importantes conquistados pela implantação das policlínicas, via CIS, nas ações de planejamento e monitoramento da oferta nos cuidados especializados, esboçando o que seria um modelo de AE. Contudo, ainda se fazem necessários ajustes importantes para que esta possa ser operacionalizada de maneira efetiva e qualificada, nos moldes do PASA, como por exemplo, fortalecer a APS para que ela possa de fato exercer o seu papel de regulação do cuidado, garantindo uma relação de complementariedade com a AE; mitigar a fragmentação da assistência de forma que, o cuidado seja interdisciplinar baseado num plano de cuidados, e que não só o diagnóstico seja assegurado ao usuário, como também a continuidade do tratamento adequado; investir em sistemas de

informação que permitam o compartilhamento de prontuários eletrônicos e protocolos assistenciais, entre os pontos que conectam-se na trama da RAS; fortalecer estratégias que incentivem a educação permanente dos atores envolvidos, com base na estratificação de risco de forma a reduzir os equívocos nos encaminhamentos; favorecer a criação de canais de comunicação que conectem os profissionais permitindo a troca de experiências.

Para além disso, a implementação de tal modelo requer uma maior robustez da carteira de serviços oferecidos pela AE, conforme sugere Mendes (2019), devendo esta prezar por atendimentos por pares, atendimento conjuntos de especialistas e generalistas, pesquisa clínica, educação permanente aos profissionais da APS, entre outros elementos ainda distantes das vivências encontradas ao longo dessa investigação. Outro importante aspecto a ser elencado consiste em fomentar a participação da população abrindo caminhos para um diálogo que amplie uma maior compreensão sobre a oferta e papel da policlínica na AE.

Finalmente, fica evidente que uma APS organizada, resolutiva, que seja capaz de coordenar os fluxos nas RAS colabora diretamente para a sistematização da AE e conseqüentemente para a ordenação dos fluxos dentro da rede. Dessa forma, aparelhos como as Policlínica Regionais, atrelados a oferta de transporte sanitário podem favorecer a uma maior abrangência da AE nos moldes do modelo PASA.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. DE. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 400–415, jul. 2013.

ALMEIDA, P.F. DE. et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural and Remote Health* 2021; Dec;21(4):6652. doi: 10.22605/RRH6652. Epub 2021 Dec 7. PMID: 34872330.

ALMEIDA, P. F. DE. et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4527–4540, dez. 2019.

ALMEIDA, P. F. DE.; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A.. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 4025–4038, out. 2022.

ANDRADE, L. S.; FRANSCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis. ISSN 2178-7085, v.10, n. 1/2/3, 54-63, 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Assessoria de Planejamento e Gestão. **Observatório Baiano de Regionalização**; 2022.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Saúde. **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: SESAB; 2017.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início**. Diário Oficial da União 2012; 22 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Histórico de Cobertura- APS**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**

BORGES, F. T. et al. A Gestão Consorciada de Serviços Públicos no Brasil. *In*: BORGES, F. T. et al.. **Consórcios Públicos de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2022.p.(19) - (28).

BOTTI, C. S. et al. **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires: uma estratégia de regionalização da saúde em Mato Grosso**. *In*: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo, Hucitec, 2014. p. 265-287.

CISVITA, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Saúde de Vitória da Conquista e Itapetinga. **Protocolo de Tratamento do Pé Diabético**, 2018.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Debate – **Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2016. 116 p.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, 2004; 5:5-36.

ELOY, B; MARCIA, H. **O SUS e os consórcios públicos em saúde: da teoria à prática. A experiência do Ceará**. Fortaleza: INESP, 2019. ISBN: 978-85-7973-134-1

GADELHA, C. A. G. et al. **Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial**. *In*: Viana ALA. Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 97-123

GRIN E. J.; Abrucio F. L. **Quando “feds” e “locals” não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa.** Cad EBAPEBR 2017; 15(3):694-719.

JANETT, R. S.; YERACARIS, P. P.. Electronic Medical Records in the American Health System: challenges and lessons learned. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1293–1304, abr. 2020.

JULIÃO. K. S. Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. **Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas.** Escola de Artes, Ciências e Humanidades. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

LIMA, L. D. DE . et al.. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00094618, 2019.

LINHARES P.S. et al.,. **Federalismo à brasileira: questões para discussão.** Brasília: IPEA; 2012.

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R.C. Acesso do Paciente à Rede Oncológica na vigência da "Lei dos Sessenta Dias": Revisão Integrada. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2020;73(5):e20190406. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D.. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5065–5074, dez. 2020.

MATOS, M. A. B DE. et al. **A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.** São Paulo: Hospital Israelita Brasileira Albert Einstein/Ministério da Saúde; 2019. p. 23-9.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDES, E. V. **O desafio da Atenção Secundária Ambulatorial Especializada: um novo modelo de integração em rede com a Atenção Primária à Saúde.** In: Mendes EV. *Desafios do SUS.* Brasília, DF: CONASS, 2019. p. 613-672.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2017.

NETO, J. A. V. **A experiência dos arranjos interfederativos da saúde no estado do Ceará: Os consórcios públicos como instrumentos de fortalecimento da gestão compartilhada.** Cap 4. Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos. Brasília: IPEA, 2020.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207–2217, out. 2006.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. DE.. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310105, 2021.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. DE F. P. DE A.. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1511–1524, maio 2016.

SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L.. A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 65, p. 411–429, abr. 2016.

SESAB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Nota Técnica Caminhos do cuidar nas Policlínicas**. SESAB. Salvador, 2018.

SESAB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Policlínicas Regionais de Saúde**. SESAB. Salvador, 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/> > Acesso em: 27 abr. 2022.

SILVA, L. A. A. DA . et al.. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. e58779, 2017.

SOLLA J., CHIORO A. **Atenção ambulatorial especializada**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho JI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.

STARFIELD, B. Special responsibilities: the role of the pediatrician and goals of pediatric education. *Pediatrics*, 71: 433-440, 1983.

TELÉFORA, K. S. **Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.

TESSER, C. D.; POLI, P.. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941–951, mar. 2017.

VIANA, A. L. D'ÁVILA .; LIMA, L. D. DE .; FERREIRA, M. P.. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, ago. 2010.

VIANA A. L. D. **SUS além dos limites territoriais** (entrevista). *Revista Região e Redes - Caminho para a universalização da saúde no Brasil*. 2014.

VIANA, A. L. D'ÁVILA . et al.. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, o presente estudo sugere que o aparato Policlínica pode ser considerado um modelo em potencial para a AE dentro da perspectiva da RAS e do modelo PASA, pois delinea-se em fluxos de operacionalização pré-definidos, sendo o acesso regulado pela APS dos municípios consorciados, dispostos em regiões de saúde. Além disso concentra em si uma gama de serviços que abrangem atendimento ambulatorial, apoio diagnóstico de imagem e laboratorial, pequenos procedimentos, biópsia, pé diabético, equipe multiprofissional, apoio logístico/técnico/administrativo e transporte sanitário seguro. Contudo, diante do exposto, fica evidente a necessidade de se investir na implementação das ações que favoreçam maior integração com a rede; que fortaleçam o sistema de referência e contrarreferência de forma que os processos façam parte da rotina assistencial da APS, AE e regulação. Ao mesmo tempo, argumenta-se pelo estabelecimento de comunicação entre os profissionais, mesmo que de forma virtual por estarem em outros municípios e investimento no uso sistemático do SIGES de forma que ele transversalize a rede, retificando fragilidades.

Por fim, este trabalho trouxe aspectos que convidam à reflexão sobre os desafios que permeiam a coordenação do cuidado pela óptica da AE, ao mesmo tempo que abre caminho para que mais produções sejam desenvolvidas. Como limites do estudo, elenca-se a impossibilidade de se reunir uma amostra maior de entrevistados, considerando que as entrevistas foram realizadas durante horário de atendimento na policlínica, bem como a não utilização de dados secundários e outras fontes que pudessem ser cotejados à experiência dos participantes da pesquisa.

7. PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE COM NOVOS ESTUDOS

Espera-se que os achados desta pesquisa fomentem novos objetos de estudo pouco explorados nessa dissertação como por exemplo, a elaboração de sistemas de informação de fácil operacionalização passíveis de compartilhamento na rede, em especial entra a APS e AE.

Outro ponto interessante e que possa ser tema para reflexão consiste na estruturação de canais de comunicação entre os profissionais da AE e APS, permitindo a construção de um plano de cuidados compartilhado entre ambas.

É de suma importância conhecer experiências inseridas no contexto da AE no âmbito do SUS, visto que existem poucas produções disponíveis, e muitos desses experimentos podem ser adequados às diferentes realidades, ou até mesmo servir como inspiração para a proposição de políticas públicas que resultem numa forma de gestão inovadora, convergindo para a garantia do acesso ao cuidado continuado e integral em saúde nas regiões que comportam as policlínicas regionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. DE. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 400–415, jul. 2013.

ALMEIDA, P.F. DE. et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural and Remote Health* 2021; Dec;21(4):6652. doi: 10.22605/RRH6652. Epub 2021 Dec 7. PMID: 34872330.

ALMEIDA, P. F. DE. et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4527–4540, dez. 2019.

ALMEIDA, P. F. DE.; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A.. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 4025–4038, out. 2022.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. **Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa**. In: Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social/ Judith Sena da Silva Santana; Maria Angela Alves do Nascimento, organizadoras. – Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p 139- 159.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Assessoria de Planejamento e Gestão. **Observatório Baiano de Regionalização**; 2022.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Saúde. **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: SESAB; 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988

BRASIL. **Lei 11.107** de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm>.

BRASIL. **Decreto n. 6.017** de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm

BRASIL. **Decreto n° 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. Diário Oficial da União 2011.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.** Diário Oficial da União 2012; 22 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BORGES, F. T. et al. A Gestão Consorciada de Serviços Públicos no Brasil. In: BORGES, F. BORGES, F. T. et al. A Gestão Consorciada de Serviços Públicos no Brasil. In: BORGES, F. T. et al.. **Consórcios Públicos de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2022.p.(19) - (28).

BOTTI, C. S. et al. **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires: uma estratégia de regionalização da saúde em Mato Grosso.** In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo, Hucitec, 2014. p. 265-287.

CANONICI, E. L. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde.** São Paulo: PROADI-SUS, 2014.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Consórcios Públicos em Saúde no Ceará. Estratégia para o Fortalecimento da Regionalização da Saúde. **Manual de Orientação.** SESA-CE. Fortaleza, 2010

CISVITA, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Saúde de Vitória da Conquista e Itapetinga. **Protocolo de Tratamento do Pé Diabético,** 2018.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Debate – **Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2016. 116 p.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. PLANIFICASUS: **Workshop 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.** / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público,** 2004; 5:5-36.

ELOY, B; MARCIA, H. **O SUS e os consórcios públicos em saúde: da teoria à prática. A experiência do Ceará.** Fortaleza: INESP, 2019. ISBN: 978-85-7973-134-1

GADELHA, C. A. G. et al. **Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial.** In: Viana ALA. Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 97-123

GIL, A. C. Utilização de Documentos. In: GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2011. P 147-154.

GOMES, R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MCS Minayo, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 67-80.

GRIN E. J., Abrucio F. L. **Quando “feds” e “locals” não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa**. *Cad EBAPEBR* 2017; 15(3):694-719.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil – uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.

JANETT, R. S.; YERACARIS, P. P.. Electronic Medical Records in the American Health System: challenges and lessons learned. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1293–1304, abr. 2020.

JULIÃO, K. S. **Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. **A regionalização no Brasil: condicionantes e desafios**. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.

LIMA, L. D. DE . et al.. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00094618, 2019.

LINHARES P.S., Mendes C.S., Lassance A., organizadores. **Federalismo à brasileira: questões para discussão**. Brasília: IPEA; 2012.

LOMBARDO, M. S., POPIM, R.C. **Acesso do Paciente à Rede Oncológica na vigência da "Lei dos Sessenta Dias": Revisão Integrada**. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020;73(5):e20190406. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D.. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5065–5074, dez. 2020.

MATOS, M. A. B de; BARRA, R. P.; LOPES, P. R. R. **A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo: Hospital Israelita Brasileira Albert Einstein/Ministério da Saúde; 2019. p. 23-9.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDES, E. V. **O desafio da Atenção Secundária Ambulatorial Especializada: um novo modelo de integração em rede com a Atenção Primária à Saúde.** In: Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2019. p. 613-672.

MENDES, L. S. et al. **Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 5

MINAYO. M. C. de S. **O desafio do Conhecimento.** 10 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2017.

NETO, J. A. V. **A experiência dos arranjos interfederativos da saúde no estado do Ceará: Os consórcios públicos como instrumentos de fortalecimento da gestão compartilhada.** Cap 4. Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos. Brasília: IPEA, 2020.

NEVES, Luiz Antonio e Ribeiro, José Mendes. **Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso.**

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M.. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207–2217, out. 2006.

NORMAN A. H., Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9):2012-2020

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. DE .. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. Physis, 2021 31(1), p. e310105, 2021.

PAIM, J. S. **Situação atual do sistema de serviços de saúde no Brasil.** In: PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p 85-88.

PAIM, J. S. **O cumprimento dos princípios e diretrizes.** In: PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p 58-61.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

Perfis do Sistema Internacional de Saúde. The Commonwealth Found, 2022. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> Acesso em: 20 fev, 2022.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. DE F. P. DE A.. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1511–1524, maio 2016.

PLANIFICASUS: Workshop 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 36 p.: il.

SCHOT E, T. L., NOORDEGRAAF M. **Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration.** J Interprof Care 2020; 34:332-42

SEGATTO C. I., ABRUCIO F.L. **A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros.** *Rev Bras Educação* 2016; 21(65):411-429.

SESAB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Nota Técnica Caminhos do cuidar nas Policlínicas.** SESAB. Salvador, 2018.

SESAB, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Policlínicas Regionais de Saúde.** SESAB. Salvador, 2021.

SILVA, L. A. A. DA . et al.. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. e58779, 2017.

SOLLA J., CHIORO A. **Atenção ambulatorial especializada.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho JI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.

STAKE, R. **The art of case study research.** Thousand OAKS, CA: Sage; 1995. p.49-68.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia/** Bárbara Starfield. -Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p

TELÉFORA, K. S. **Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.

TESSER, C. D.; POLI, P.. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941–951, mar. 2017.

VIANA, A. L. D'ÁVILA .; LIMA, L. D. DE .; FERREIRA, M. P.. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, ago. 2010.

VIANA A. L. D. **SUS além dos limites territoriais** (entrevista). *Revista Região e Redes - Caminho para a universalização da saúde no Brasil.* 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: “MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE: COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE?”

Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Prof^a Dr^a Patty Fidelis de Almeida

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável (coordenadora do projeto): Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal Fluminense

Contato da Pesquisadora: telefone (21) 97951-7071 – email: pattyfidelis@id.uff.br

Nome completo do Participante (em LETRA LEGÍVEL):

APRESENTAÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

O(A) Sr.^(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE: COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE?”, de responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dr^a Patty Fidelis de Almeida, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Esta pesquisa foi contemplada pelo Edital de Pós-Doutorado Sênior do CNPq, N^o 08/2019, sob supervisão da Prof^a Aylene Bousquat, da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Este termo atende à Resolução 466/2012 e à Resolução 510/2016, e destina-se a esclarecer o(a) Sr.^(a) sobre os objetivos da pesquisa, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar experiências de organização e oferta de atenção especializada em diferentes cenários, buscando propor formatos de “boa organização” para os cuidados especializados. A integralidade do cuidado em regiões de saúde torna-se ainda mais comprometida quando a população necessita de acesso aos serviços especializados. Tal problemática é o resultado da insuficiência na oferta de consultas e exames, fragmentação entre os diferentes pontos da rede, desarticulação comunicacional com a Estratégia Saúde da Família, continuidade e coordenação do cuidado comprometidas. Assim, a sua participação será de extrema importância, pois colaborará para aprimorar o conhecimento sobre o tema e fornecer subsídios para o planejamento de ações que busquem favorecer melhor organização e oferta de atenção especializada em uma perspectiva de redes de atenção à saúde.

Rubrica participante: _____ Rubrica pesquisador(a): _____ Página 1 de 4

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Para realização desta pesquisa serão realizadas entrevistas com atores-chave nos níveis macro, meso, micro do sistema de saúde como: representantes da SESAB – Secretaria, representante da regional de saúde de Vitória da Conquista; prefeitos dos municípios consorciados, diretoria executiva do CSP, diretoria da Policlínica, secretários municipais de saúde, profissionais de saúde, representantes de funções como regulação assistencial dos municípios e do CPS, coordenação APS de municípios consorciados, coordenação de AE de municípios consorciados, entre outros.

Sua participação consistirá em responder, por meio de realização de entrevista, a roteiro semiestruturado que buscará identificar os condicionantes político-institucionais que favoreceram a adoção dos Consórcios Públicos de Saúde para oferta de atenção especializada; estratégias de governança adotadas; papel do ente estadual, regional e dos municípios; mecanismo de financiamento, planejamento, jurídicos, escopo de ações de AE, estratégias de integração à rede local, plano de monitoramento e avaliação das implantação e dos resultados; fatores para sustentabilidade da experiência; estratégias para constituição das equipes profissionais, para atração e fixação de profissionais, sobretudo médicos.

O(A) Sr.(ª) levará aproximadamente de 60 a 90 minutos para responder às questões previstas na entrevista, que ocorrerá em local e horário previamente acordados com o Sr.(ª), não sendo necessário qualquer tipo de deslocamento de sua parte uma vez que, o pesquisador(a) responsável se deslocará até o lugar definido. A entrevista será gravada em voz (não será gravada em imagem), mas garantiremos seu sigilo. A gravação será apagada depois que as entrevistas foram transcritas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações sobre sua atividade laboral ou constrangimento em responder alguma pergunta. Outro risco possível é a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional. Contudo, algumas medidas serão adotadas com vistas a minimizar tal risco como a completa omissão dos nomes dos informantes do estudo, bem como descarte do áudio após a transcrição. Em todos os casos, o(a) Sr.(ª) poderá desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso deseje, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

A fim de reduzir os desconfortos e riscos que este estudo possa gerar, o(a) pesquisador(a) se compromete a esclarecer previamente a proposta do estudo, e se disponibiliza para atender às dúvidas existentes sobre quaisquer aspectos do projeto, estando o(a) Sr.(ª) livre para participar ou recusar-se a participar.

Sua participação é importante e contribuirá para o melhor conhecimento sobre a implementação das Policlínicas Regionais por meio dos Consórcios Públicos de Saúde e os resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS locorregional e brasileiro, sendo este o principal benefício.

Para participar deste estudo, o(a) Sr.(ª) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação neste projeto não trará nenhum prejuízo previsível para o(a) Sr.(ª), com exceção do possível desconforto descrito acima.

SIGILO DAS INFORMAÇÕES E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA:

Os dados advindos deste projeto serão mantidos em sigilo e utilizados para fins acadêmicos. O(a) Sr.(ª) não será identificado pelo seu nome nem pelas suas iniciais – serão usados padrões profissionais de sigilo, com letras do alfabeto e números, e não descrevendo os locais e posições específicas ocupadas pelos participantes, como, por exemplo, a utilização de letras P (para identificação de profissionais de saúde) e G (para ocupantes de cargos de gestão e gerência em saúde). As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e permanecerão guardadas pelos pesquisadores (por cinco anos), sob responsabilidade da pesquisadora-responsável em computadores pessoais, sendo que as gravações realizadas serão apagadas após a sua transcrição. Ressalta-se que as transcrições das entrevistas conterão apenas códigos de identificação e não serão disponibilizados em nuvens ou outros dispositivos que permitam o acesso do conteúdo para além dos pesquisadores envolvidos no estudo.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados em trabalhos acadêmicos e relatórios de pesquisa feitos por alunos e professores da UFF, da UFBA e da USP, sem identificar a sua participação ou qualquer outra informação que permita identifica-lo(a).

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO:

Se ainda tiver alguma pergunta sobre esta pesquisa, sinta-se à vontade para esclarecer todas as suas dúvidas. Suas perguntas serão respondidas a qualquer momento (antes, durante e após a entrevista), bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro. As ligações poderão ser realizadas a cobrar, caso considere importante. Contato da Profª Drª Patty Fidelis de Almeida: telefone celular (21) 97951-7071 – email: pattyfidelis@id.uff.br.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas. E.mail: etica.ret@id.uff.br. Tel/fax: (21) 2629-9189.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Diante dos esclarecimentos, o(a) Sr.(ª) tem o direito de analisar se quer ou não participar desse estudo e terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(ª) ou para sua atuação profissional ou qualquer outra penalização. Sua participação é voluntária.

CONSENTIMENTO:

O(a) Sr.(a) receberá uma via deste documento, assinada pelo Sr.(a) e pelo pesquisador que está realizando esta entrevista, e rubricada em todas as páginas por ambos.

Autorização para gravação de voz da entrevistas: () sim () não

Niterói, _____ de _____ de _____

(Assinatura do participante)

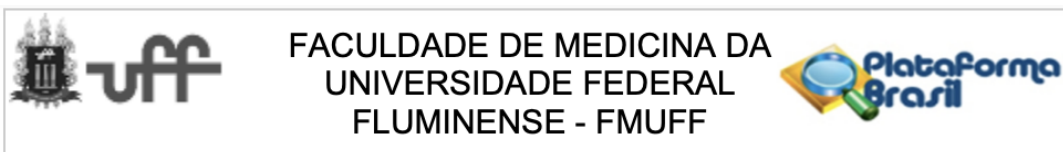
Nome do(a) pesquisador(a) que obteve o consentimento e realizou a entrevista

Assinatura do(a) pesquisador(a) que obteve o consentimento e realizou a entrevista

Patty Fidelis
de Almeida
Assinado de forma digital por Patty Fidelis de Almeida
Dados: 2022.10.04 08:43:33 -03'00'

Profª Drª Patty Fidelis de Almeida (pesquisadora responsável)

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE: COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE?

Pesquisador: Patty Fidelis de Almeida

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 40092220.9.0000.5243

Instituição Proponente: Instituto de Saúde da Comunidade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.574.166

Apresentação do Projeto:

Apresentação do tema:

A insuficiente oferta de atenção especializada configura-se como um dos principais “gargalos do SUS”, reforçado pelo padrão desigual na distribuição dos recursos e concentração da oferta em poucas regiões de saúde, cenário que minimiza as possibilidades de coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS). A organização e oferta de atenção especializada (AE) é necessária à efetividade, continuidade e integralidade pretendida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta proposta parte-se do pressuposto que a organização, provisão e oferta de atenção especializada, em uma perspectiva de integração aos demais pontos de atenção, é fator crucial para se pensar a integralidade no SUS e que, mesmos os desenhos de regionalização e estratégias para provisão de AE precisam ser modelados em conformidade às particularidades dos territórios. Sem tais definições a adoção de arranjos informais e pulverizados por gestores, usuários e profissionais tendem a dissipar os já escassos recursos para a saúde.

Objetivos

Objetivo geral: Analisar experiências de organização e oferta de atenção especializada em diferentes cenários, buscando propor formatos de “boa organização” para os cuidados especializados.

Objetivos específicos: • Caracterizar o padrão de organização e oferta de atenção especializada

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.574.166

em municípios classificados como rurais e remotos no Brasil; • Analisar os condicionantes e estratégias de implementação e organização das policlínicas de especialidades que utilizam o formato de Consórcios Públicos de Saúde; • Comparar as estratégias para provisão de atenção especializada a partir de hospitais de referência do sistema de saúde espanhol com o caso brasileiro; • Descrever e analisar as estratégias de regionalização e integração da Rede de Atenção à Saúde nos cenários investigados; • Identificar modelos de oferta e organização da atenção especializada sinérgicos à oferta de atenção integral no SUS.

Desenho de estudo metodologia proposta:

Trata-se de estudos de caso realizados em municípios rurais e remotos, em uma região de saúde da Bahia e em uma Comunidade Autônoma na Espanha, conforme descrito.

3.1 Revisão Integrativa da literatura. A primeira etapa do estudo constará de uma revisão integrativa da literatura sobre as modalidades de provisão e organização da atenção especializada em contexto de sistemas universais de saúde. O método de revisão integrativa permite a compilação de estudos com diferentes abordagens, para avaliação crítica e síntese dos resultados (Whittemore e Knafl, 2005) a partir das seguintes etapas: formulação do problema, levantamento da literatura, avaliação e apresentação dos resultados. Serão utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed a partir da definição de descritores e termos de pesquisa em combinação.

3.2 Estudos de caso em diferentes cenários. Serão realizados estudos de caso, eleitos de forma intencional, considerando diferentes contextos de organização do sistema de saúde e sobretudo a viabilidade para realização do estudo, condicionado pelo financiamento, por parcerias e colaboração interinstitucional.

3.2.1 Municípios brasileiros rurais e remotos: Os resultados dos municípios rurais e remotos serão analisados a partir dos dados e informações produzidos na pesquisa "Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil", desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), com financiamento do Ministério da Saúde, do qual a pesquisadora responsável deste presente estudo faz parte da equipe e cujos dados foram coletados no ano de 2019 (Aprovado pelo CEP da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/Fiocruz, CAAE 92280918.3.0000.5240; Parecer: 2.832.559). Tratou-se de estudo de casos múltiplos, com

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.574.166

métodos qualitativo e quantitativo, tendo como unidade de análise municípios rurais e remotos de atuação de equipes de saúde da família. Elaborou-se uma proposta de tipologia dos 323 municípios classificados pelo IBGE como rurais e remotos, sendo identificadas seis áreas homogêneas, com lógicas espaciais distintas: Matopiba, Norte de Minas, Vetor Centro-Oeste, Semiárido, Norte das Águas e Norte das Estradas. Para cada tipo de território foram selecionados intencionalmente municípios que correspondem ao “município médio”, com características mais comuns na área, considerando aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde. Ao final, foram selecionados e visitados 27 municípios nos quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os seguintes atores em cada caso: secretário estadual de saúde, representante da regional de saúde, secretário municipal de saúde, coordenador de atenção básica ou cargo correspondente, médicos e enfermeiros integrantes de equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e usuários.

Para o presente estudo serão analisadas as informações de entrevistas semiestruturadas referentes ao eixo organização dos fluxos e oferta de atenção especializada presentes nas três categorias de participantes do estudo: gestores (estadual, regional e municipal), profissionais e usuários.

3.2.2 Policlínicas Regionais de Saúde via Consórcio Público de Saúde no estado da Bahia - Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga: O estudo no caso da Bahia será realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com policymakers nos níveis macro, meso, micro do sistema de saúde, sendo o principal critério de recrutamento a ocupação de funções/cargos, relacionados à implementação dos CPS e da Policlínica, tais como: - Representantes da SESAB – Secretaria de Estado da Saúde da Bahia – responsáveis pela implementação e acompanhamento dos CPS, - Representante da regional de saúde de Vitória da Conquista; - Prefeitos dos municípios consorciados; - Diretoria executiva do CSP; - Diretoria da Policlínica; - Secretários municipais de saúde; - Profissionais de saúde selecionados, indicados por gestores como informantes-chave; - Representantes de funções como regulação assistencial dos municípios e do CPS; - Coordenação APS de municípios consorciados - Coordenação de AE de municípios consorciados; Além de algumas funções/cargos, previamente identificados, utilizaremos também a estratégia metodológica “bola de neve” para a identificação de informantes-chave relevantes, conforme os objetivos a serem alcançados no estudo. Desta forma, os participantes inicialmente elencados poderão indicar novos entrevistados que, por sua vez, podem realizar novas indicações até que seja alcançado o objetivo proposto e atingido o “ponto de saturação”. O roteiro de entrevistas apresentado no anexo 1 apresenta todas as questões que serão abordadas no estudo, cujas

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.574.166

perguntas serão eleitas de acordo com a posição ocupada por cada entrevistado.

3.2.3 O caso espanhol. Serão realizadas entrevistas com gerentes de área e/ou zonas básicas de saúde responsáveis pela atenção especializada provida nos hospitais de área, profissionais de saúde, além de representantes da academia com estudos sobre o tema, eleitos de forma intencional. No caso espanhol, os sujeitos entrevistados serão selecionados por sua trajetória profissional prévia em diferentes posições e organizações e não por sua inserção institucional ou cargo atual. A pesquisadora descreve que Não haverá instituições coparticipantes e, portanto, não se aplica a necessidade de termo de anuência por outras instituições, bastando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em espanhol) a ser assinado pelos entrevistados.

amostragem: 40 participantes (25 Brasil e 15 Espanha).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Crítérios de Inclusão (participantes no Brasil): atuação/participação mínima de 6 meses no Consórcio Público de Saúde e na Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga ou na SESAB (seja nas funções de gestão/gerência ou como profissional de saúde) no mês anterior que precederá o início da realização das entrevistas.

Crítérios de Exclusão (participantes no Brasil): sujeitos/participantes que após duas tentativas de agendamento e realização da entrevista, não forem acessados pelo pesquisador; estar de férias, licença ou qualquer tipo de afastamento das funções durante o período de realização das entrevistas.

Crítérios de Inclusão (participantes na Espanha): atuação/participação mínima de 6 meses como profissional ou gerente da área de saúde e nos serviços hospitalares da área de saúde (no qual 14 são prestados os serviços especializados; para entrevistados na academia: identificação de pelo menos um trabalho científico (em bases bibliográficas) que trate do tema da prestação de cuidados especializados e/ou integração entre atenção especializada e APS;

Crítérios de Exclusão (participantes na Espanha): sujeitos/participantes que após duas tentativas de agendamento e realização da entrevista não forem acessados pelo pesquisador; estar de férias,

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.574.166

licença ou qualquer tipo de afastamento que impeça a realização da entrevista durante o período definido para a realização das entrevistas no país.

Recrutamento: Após aplicação dos critérios de seleção dos participantes do estudo, os mesmos serão recrutados/convidados por meio de telefonema ou via whatsapp realizado pela pesquisadora responsável e posterior envio da carta convite para o meio que o entrevistado considerar mais apropriado – por whatsapp ou email indicado.” – para o caso brasileiro.

Para o caso espanhol: “Após aplicação dos critérios de seleção dos participantes do estudo, os mesmos serão recrutados/convidados por meio de envio de carta convite via email.

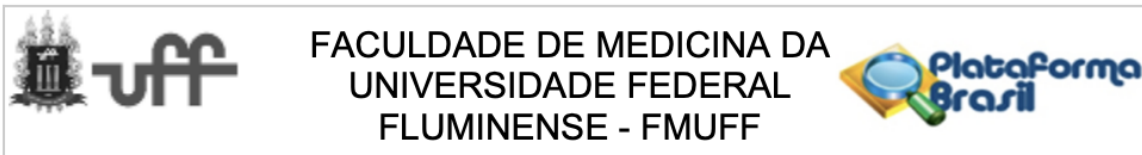
Local onde a pesquisa vai ser desenvolvida: Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga no Brasil e “Comunidade Autônoma de Andaluzia” (Espanha).

Tempo de execução da coleta de dados: Entrevista com duração de 60 a 90 minutos.

Metodologia de análise de dados: Para a análise de todas as entrevistas, será realizada ordenação dos dados com base na leitura geral do material transcrito e na triangulação das entrevistas, dados secundários e da revisão bibliográfica. Os resultados serão sistematizados em quadros analíticos, agrupados e categorizados. A seguir será realizado cotejamento entre os discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos, identificando-se convergências e divergências para interpretação crítica. A intenção não foi o julgamento de cada município ou caso, mas a compreensão de processos de organização e oferta de atenção especializadas em cenários com distintas características.

HIPÓTESE: A organização, provisão e oferta de atenção especializada, em uma perspectiva de integração aos demais pontos de atenção, é fator crucial para se pensar a integralidade no SUS e que, mesmos os desenhos de regionalização e estratégias para provisão de AE precisam ser modelados em conformidade às particularidades dos territórios. Nesse sentido, as policlínicas regionais seriam propostas mais condizentes à oferta de atenção especializada integrada às redes de atenção à saúde no SUS; * Sem definição de um modelo para a atenção especializada, a adoção de arranjos informais e pulverizados por gestores, usuários e profissionais tendem a dissipar os já escassos recursos para a saúde.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.574.166

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos declarados da pesquisa são:

“Objetivo Primário: Analisar experiências de organização e oferta de atenção especializada em diferentes cenários, buscando propor formatos de “boa organização” para os cuidados especializados”.

“Objetivo Secundário: • Caracterizar o padrão de organização e oferta de atenção especializada em municípios classificados como rurais e remotos no Brasil; • Analisar os condicionantes e estratégias de implementação e organização das policlínicas de especialidades que utilizam o formato de Consórcios Públicos de Saúde; • Comparar as estratégias para provisão de atenção especializada a partir de hospitais de referência do sistema de saúde espanhol com o caso brasileiro; • Descrever e analisar as estratégias de regionalização e integração da Rede de Atenção à Saúde nos cenários investigados; • Identificar modelos de oferta e organização da atenção especializada sinérgicos à oferta de atenção integral no SUS”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora apresenta como riscos e benefícios:

*RISCOS: “No TCLE é exposto os riscos aos entrevistados, da seguinte forma: É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações sobre sua atividade laboral ou constrangimento em responder alguma pergunta. Outro risco possível é a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional. Contudo, algumas medidas serão adotadas com vistas a minimizar tal risco como a completa omissão dos nomes dos informantes do estudo, bem como descarte do áudio após a transcrição. Em todos os casos, o(a) Sr.(a) poderá desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso deseje, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais”.

*BENEFÍCIOS: “No TCLE é informado que a participação é importante e contribuirá para o melhor conhecimento sobre a implementação das Policlínicas Regionais por meio dos Consórcios Públicos de Saúde e organização do sistema de saúde espanhol, cujos resultados poderão contribuir para a melhoria do SUS loco regional e brasileiro, sendo este o principal benefício”.

Avaliação do colegiado:

Os riscos e benefícios associados à pesquisa estão bem definidos.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.574.166

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do cumprimento de pendências do parecer Número: 4.558.219 de 25 de fevereiro de 2021, que foram integralmente atendidas.

PENDÊNCIAS QUANTO A METODOLOGIA PROPOSTA:

--PENDÊNCIAS SOBRE O RECRUTAMENTO: A pesquisadora precisa esclarecer como será realizado o recrutamento dos participantes aqui no Brasil e na Espanha.

RESPOSTA DA PESQUISADORA: O estudo no caso da Bahia será realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com policymakers nos níveis macro, meso, micro do sistema de saúde, sendo o principal critério de recrutamento a ocupação de funções/cargos, relacionados à implementação dos CPS e da Policlínica.

ANÁLISE: A pesquisadora citou o critério de recrutamento dos participantes da pesquisa, mas não esclareceu como estes participantes serão recrutados (ex. telefonema, carta, e-mail, rede social, etc.). Portanto, a pesquisadora deve incluir na Plataforma Brasil como será realizado o recrutamento dos participantes (como serão convidados a participar da pesquisa) aqui no Brasil e na Espanha. Além disso, deve apresentar a CARTA CONVITE para aprovação do CEP.

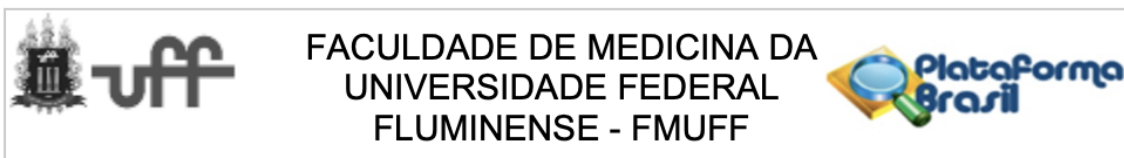
SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

RESPOSTA DA PESQUISADORA: Conforme solicitação do CEP esclarecemos que: “Após aplicação dos critérios de seleção dos participantes do estudo, os mesmos serão recrutados/convidados por meio de telefonema ou via whatsapp realizado pela pesquisadora responsável e posterior envio da carta convite para o meio que o entrevistado considerar mais apropriado – por whatsapp ou email indicado.” – para o caso brasileiro. Para o caso espanhol: “Após aplicação dos critérios de seleção dos participantes do estudo, os mesmos serão recrutados/convidados por meio de envio de carta convite via email.” Os trechos foram acrescidos ao projeto completo e na plataforma. Carta convite anexada à plataforma e ao projeto completo.

ANÁLISE: O conteúdo das cartas convite apresentadas precisa ser alterado. Deve dar informações gerais sobre o projeto de forma que o convidado possa avaliar e decidir se irá ou não participar da pesquisa (Exemplos: como o convidado irá participar/atuar (responder questionário); Local onde a pesquisa vai ser desenvolvida, o tempo previsto para a participação...).

SITUAÇÃO: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.574.166

RESPOSTA DA PESQUISADORA: Buscando atender à solicitação, a carta convite foi ampliada, incluindo informações mais específicas sobre os objetivos da pesquisa de forma que o convidado possa avaliar e decidir se irá ou não participar da pesquisa, esclarecimento sobre o tipo, local e tempo previsto para a participação. O novo termo foi anexado à Plataforma e ao projeto completo.

SITUAÇÃO ATUAL: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o cumprimento de todas as pendências contidas no último parecer, o colegiado deste CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo APROVADO.

Observações:

- a cada 6 (seis) meses após a aprovação do projeto, deverão ser encaminhados relatórios parciais, através de Notificação na Plataforma Brasil, visando seu acompanhamento.
- o Relatório Final deve ser encaminhado após o encerramento do estudo, conforme instruções disponíveis na página do CEP.
- Caso o pesquisador precise fazer Emenda ao Projeto, é obrigatório o envio antecipado de Relatório Parcial via Notificação. A Emenda só poderá ser solicitada após aprovação da Notificação com relatório parcial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1661781.pdf	25/02/2021 11:21:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCNPqPDSPPattyFAlmeida.pdf	25/02/2021 11:20:45	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
Outros	cartaaocp.pdf	25/02/2021 11:18:26	Patty Fidelis de Almeida	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-900
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica.ret@jd.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.574.166

Outros	CARTACONVITEPT.pdf	25/02/2021 11:17:52	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
Outros	CARTACONVITEES.pdf	25/02/2021 11:17:33	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL EGestoresacademicosprofissionais esp.pdf	06/01/2021 17:52:56	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL EGestoresacademicosprofissionais.pdf	06/01/2021 17:49:41	Patty Fidelis de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	10/11/2020 20:43:44	Patty Fidelis de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 04 de Março de 2021

Assinado por:

PATRICIA DE FÁTIMA LOPES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)

Bairro: Centro

CEP: 24.033-900

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica.ret@id.uff.br