



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



JOELMA DE MEIRA FERREIRA

**PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA
POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO
BAHIA (2017-2019)**

Salvador-Bahia

2021

JOELMA DE MEIRA FERREIRA

**PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA
POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO
BAHIA (2017-2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para o Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, ênfase em Trabalho e Educação em Saúde para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza

Salvador-Bahia

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

F383p Ferreira, Joelma de Meira.

Perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão Bahia (2017-2019) / Joelma de Meira Ferreira. -- Salvador: J.M. Ferreira, 2021.

115 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Secundária. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Regionalização. 4. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 5. Acesso à Serviços de Saúde. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Joelma de Meira Ferreira

**PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA POLICLÍNICA
REGIONAL DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO BAHIA (2017-2019).**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 04 de outubro de 2021

Banca Examinadora:

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza – ISC/UFBA

Juliana Alves Leite Leal

Profa. Juliana Alves Leite Leal – UEFS

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Profa. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira – UNEB

Carmen Fontes de Souza Teixeira

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira- ISC/UFBA

Salvador
2021

Dedico esta dissertação a pessoa mais importante da minha vida: minha mãe (*In memoriam*). Exemplo de força, de coragem, de amor e de fé. Tudo que hoje sou é reflexo de seus ensinamentos que continuam intensamente vivos em mim.

Minha gratidão a DEUS por ter me permitido durante 39 anos viver ao lado desta pessoa maravilhosa (nossa Mamuska). Nossos momentos juntos, nossas risadas, os momentos de oração, e até mesmo seus momentos de irritação foram muito bem vividos.

Quantas lembranças incríveis ao lado desta LINDA MULHER, me conforta lembrar que seus últimos dias foram ao meu lado e que eu tive o imenso privilégio de além de compartilhar de dias esplendorosos com você em vida, pude também oferecer minha companhia e meus cuidados nos dias que antecederam sua partida.

Não existe um dia de minha vida que eu não me lembre de ti. “Eu sei que você está bem, mesmo assim, isto não me impede de chorar” (Catedral). Te amei, te amo e te amarei eternamente!!!!!!! Eu sempre serei sua caçulinha!!!!!!

AGRADECIMENTOS

À DEUS pelos cuidados, pela força, por sua presença quase que palpável todos os dias da minha vida. Por me dar a coragem de continuar e fé para acreditar que dias melhores virão, porque “o choro dura uma noite, mas a alegria vem ao amanhecer” (Salmo 30.5).

Ao meu esposo Davi, por todo amor dedicado, pela compreensão em virtude das ausências que foram intensas principalmente nestes últimos dias de escrita da dissertação, pelo companheirismo, pelo cuidado comigo e com nossa filha. Você é meu maior incentivador. TE AMO!!!

À minha filha linda, maravilhosa, exuberante Rafaela que com apenas 14 anos me surpreende com tanta maturidade e amor, minha companheira, sempre me dando uma palavra de motivação. Perdão porque nossos doramas estão atrasados, em breve iremos maratoná-los (Risos). Você é a melhor parte de mim e olhar para você e ver a pessoa que está se tornando, me faz ter a certeza de que estou no caminho certo. MEU TESOURO!!!!

À minha orientadora Mariluce Karla Bomfim, pela sensibilidade e ao mesmo tempo objetividade neste processo de construção inicialmente do projeto e por fim desta dissertação, nunca me senti só. Você é incrível!!!

À Carmem Teixeira, (UAU!!!!), admirava antes, através da leitura dos livros e artigos que fizeram parte da minha vida desde a graduação e agora por conhecê-la pessoalmente. Tive o privilégio de participar de seu grupo de pesquisa orientada, estar com você nestes momentos só me fez admirá-la ainda mais, não só pelo conhecimento que emana em sua fala, mas pela pessoa humana e sensível que tive a honra de conhecer e conviver (ainda que por pouco tempo). GRATIDÃO é a palavra, obrigada pela imensurável contribuição para o meu crescimento profissional e pessoal!

Aos presentes maravilhosos que ganhei neste mestrado profissional, minhas amigas Claudia, Cléa e Lilian, presentes em todos os sentidos e momentos. Juntas formamos uma equipe daquelas que “ninguém solta a mão de ninguém” (Autor desconhecido). Com vocês tudo ficou mais leve!!!!!!

À Sônia Malheiros (ISC/UFBA), “Soninha para nós!!!!!!”, por todo compromisso e cuidado conosco durante todo este processo.

À Dona Vilma, pelo amor ao que faz revelado através dos lanches e almoços maravilhosos que tornavam nossas aulas presenciais ainda mais atrativas (risos); Enfim...

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este momento fosse concretizado em especial Lizandra Amim (minha ex-coordenadora), por sempre acreditar em meu trabalho, por me proporcionar tantos momentos de conhecimento que me enriqueceram como profissional, por confiar em mim, por ter me incentivado a fazer a seleção do mestrado profissional e acima de tudo, por ser minha amiga. E a Karoline Rebouças (minha atual coordenadora) pela sua anuência e toda a ajuda disponibilizada para que este momento de qualificação profissional se tornasse possível.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO BAHIA (2017-2019)

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar o perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão Bahia (2017-2019) a partir da descrição do processo de implantação e definição da oferta de serviços e caracterização deste perfil correlacionando-o com as necessidades de saúde da população. Trata-se de estudo retrospectivo, exploratório, descritivo e de natureza qualitativa. A produção de dados foi realizada mediante análise documental e realização de entrevista com informantes chaves. O critério de inclusão dos participantes considerou o envolvimento dos mesmos no processo de discussão que ocorreu regionalmente, que antecedeu a implantação. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de Análise de Conteúdo Temática. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. No âmbito da gestão evidenciou-se a importância do Planejamento Regional Integrado e da participação efetiva das instâncias de governança regional como a CIR em todas as etapas do processo de implantação de serviços de saúde regionalizados. No campo assistencial, a influência do modelo assistencial hegemônico foi demonstrada bem como a fragilidade da Atenção Primária à Saúde na identificação das demandas territoriais de saúde refletindo na oferta e utilização dos serviços de atenção especializada. Os resultados sobre o perfil de oferta revelaram que esta não possui uma relação diretamente proporcional à utilização dos serviços, indicando uma possível inadequação da oferta e a emergente necessidade de uma reavaliação do cenário regional subsidiada por uma análise situacional de saúde criteriosa com vistas a identificar as reais necessidades de saúde da população para adequação dos serviços ofertados na Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão.

Palavras chaves: Atenção Secundária; Atenção Primária à Saúde; Regionalização; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Acesso à serviços de saúde

PROFILE OF OFFERING AND USE OF SERVICES OF THE REGIONAL HEALTH POLYCLINIC OF ALTO SERTÃO BAHIA (2017-2019)

ABSTRACT

This study aimed to analyze the profile of the offer and use of the services of the Alto Sertão Bahia Regional Health Polyclinic (2017-2019) from the description of the process of implementation and definition of the offer of services and characterization of this profile, correlating it with the health needs of the population. This is a retrospective, exploratory, descriptive and qualitative study. Data production was carried out through document analysis and interviews with key informants. The criteria for inclusion of participants considered their involvement in the discussion process that took place regionally, which preceded the implementation. Data analysis was performed using the Thematic Content Analysis technique. The study was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Instituto de Saúde Coletiva at UFBA. In terms of management, the importance of Integrated Regional Planning and the effective participation of regional governance bodies such as the CIR in all stages of the process of implementing regionalized health services was highlighted. In the care field, the influence of the hegemonic care model was demonstrated, as well as the weakness of Primary Health Care in identifying territorial health demands, reflecting the supply and use of specialized care services. The results on the supply profile revealed that this does not have a directly proportional relationship to the use of services, indicating a possible inadequacy of the supply and the emerging need for a reassessment of the regional scenario supported by a careful situational analysis of health in order to identify the real health needs of the population to adapt the services offered at the Alto Sertão Regional Health Polyclinic.

Keywords: Secondary Care; Primary Health Care; Regionalization; Needs and demands for health services; Access to health services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| FIGURA 1 | Mapa da Região de Saúde de Guanambi – Macrorregião Sudoeste | 35 |
| FIGURA 2 | Síntese do fluxo de Implantação da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão | 43 |

QUADROS

| | | |
|----------|---|----|
| QUADRO 1 | Matriz de análise documental sobre a oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, Bahia (2017-2019). | 39 |
| QUADRO 2 | Principais dificuldades enfrentadas no processo de implantação da Policlínica Regional do Alto Sertão | 49 |
| QUADRO 3 | Fragilidades da oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão | 52 |
| QUADRO 4 | Potencialidades para a oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão | 55 |
| QUADRO 5 | Percentual anual de utilização, perda e absenteísmo conforme número de consultas por pactuadas, ofertadas, agendadas, atendidas, vagas perdidas, faltoso (2017-2019) | 58 |
| QUADRO 6 | Percentual anual de utilização, perda e absenteísmo conforme número de exames por pactuados, ofertados, agendados, atendidos, vagas perdidas, faltosos (2017-2019) | 59 |
| QUADRO 7 | Relação das especialidades e posição que ocupa em relação ao quantitativo de vagas ofertadas e a melhor utilização das vagas - Policlínica Regional (2018-2019) | 68 |
| QUADRO 8 | Percentual anual de utilização, perda e absenteísmo conforme número de exames/procedimentos por pactuadas, ofertadas, agendadas, atendidas, vagas perdidas, faltosos 2017 | 69 |
| QUADRO 9 | Relação de exames procedimentos e posição que ocupa em relação ao quantitativo de vagas ofertadas e a melhor utilização das vagas - Policlínica Regional (2018-2019) | 75 |

GRÁFICOS

| | | |
|-----------|---|----|
| GRÁFICO 1 | Vagas ofertadas por especialidade, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 61 |
| GRÁFICO 2 | Vagas ofertadas por especialidade, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 62 |
| GRÁFICO 3 | Relação pactuado, ofertado e agendado Policlínica Regional do Alto Sertão, 2017-2019 | 63 |
| GRÁFICO 4 | Relação pactuado, ofertado e agendado por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 64 |
| GRÁFICO 5 | Relação pactuado, ofertado por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 64 |

| | | |
|------------|---|----|
| GRÁFICO 6 | Percentual de utilização por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 65 |
| GRÁFICO 7 | Percentual de utilização, vagas perdidas e taxa de absenteísmo por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 66 |
| GRÁFICO 8 | Percentual de utilização por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 67 |
| GRÁFICO 9 | Percentual de utilização, vagas perdidas e taxa de absenteísmo por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 68 |
| GRÁFICO 10 | Relação pactuado, ofertado, agendado e atendido por exame Policlínica Regional do Alto Sertão Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 70 |
| GRÁFICO 11 | Vagas ofertadas por tipo de exame, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 71 |
| GRÁFICO 12 | Vagas ofertadas por tipo de exame, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 71 |
| GRÁFICO 13 | Valores pactuado, ofertado, agendado, atendido, perdas e faltosos Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 72 |
| GRÁFICO 14 | Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 73 |
| GRÁFICO 15 | Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018 | 74 |
| GRÁFICO 16 | Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 75 |
| GRÁFICO 17 | Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019 | 76 |

TABELAS

| | | |
|----------|---|-----|
| TABELA 1 | Percentual de utilização, perda e absenteísmo conforme nº de consultas por especialidade pactuadas, ofertadas, vagas perdidas, faltosos. Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, Bahia, Brasil. 2017-2019 | 106 |
| TABELA 2 | Percentual de utilização, perda e absenteísmo conforme nº de exames e procedimentos pactuados, ofertados, vagas perdidas, faltosos. Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, Bahia, Brasil, 2017-2019 | 111 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AAE | Atenção Ambulatorial Especializada |
| AB | Atenção Básica |
| AE | Atenção Especializada |
| APG | Assessoria de Planejamento e Gestão |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASIS | Análise Situacional em Saúde |
| BRS | Base Regional de Saúde |
| CEOs | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIR | Comissão Intergestores Regional |
| COCAB | Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| COSEMS | Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde |
| CRES | Coordenadoria Regional de Saúde |
| DAB | Diretoria da Atenção Básica |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HND | História Natural da Doença |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| NRS | Núcleo Regional de Saúde |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| SESAB | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia |
| SIGES | Sistema Integrado de Gestão em Saúde |
| SRCF | Sistema de Referência e Contra referência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| UPB | União dos prefeitos da Bahia |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 20 |
| 2.1 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO ESPECIALIZADA..... | 20 |
| 2.2 NECESSIDADES DE SAÚDE, OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS..... | 28 |
| 3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS | 34 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 34 |
| 3.2 CAMPO DE ESTUDO | 34 |
| 3.2.1 A Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão..... | 36 |
| 3.3 PROCEDIMENTO DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS..... | 37 |
| 3.4 ASPECTOS ÉTICOS | 41 |
| 4 RESULTADOS | 42 |
| 4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO - BAHIA | 42 |
| 4.1.1 Definição da oferta de serviços..... | 47 |
| 4.1.2 Dificuldades, fragilidades e potencialidades no processo de definição e implementação da oferta..... | 49 |
| 4.2 PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DA POLICLÍNICA REGIONAL DO ALTO SERTÃO (2017-2019)..... | 57 |
| 4.2.1 Consolidado das consultas e exames em geral (2017-2019)..... | 57 |
| 4.2.2 Oferta e utilização de consultas por especialidades médicas (2017-2019)..... | 60 |
| 4.2.3 Oferta e utilização de exames e procedimentos (2017-2019) | 69 |
| 5 DISCUSSÃO | 77 |
| 5.1 O PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DA POLICLÍNICA REGIONAL | 77 |
| 5.2 O PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 83 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| REFERÊNCIAS | 89 |
| ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 97 |
| ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DO ALTO SERTÃO | 101 |
| ANEXO III – TERMO DE ANUÊNCIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL -CIR | 102 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA | 104 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 105 |
| APÊNDICE C – TABELAS DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS EXAMES E PROCEDIMENTOS (2017 2019) | 106 |

1 INTRODUÇÃO

A expansão da cobertura de serviços e ações no nível da Atenção Primária à Saúde¹ (APS), sobretudo pela Estratégia Saúde da Família, ampliou o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ocasionando um aumento significativo na solicitação de exames e procedimentos de apoio diagnóstico, terapêutico e de especialidades médicas ambulatoriais, e, conseqüentemente na busca destes serviços (PINTO et al, 2019) com repercussão na crescente demanda pelos serviços da Atenção Especializada² (AE), sem, contudo, na mesma proporção, garantir a oferta e utilização dos mesmos.

Esta relação entre a ampliação do acesso e a expansão das ações e serviços da APS pode ser resultante do aumento expressivo do número de UBS/USF em todo território nacional. Sendo a APS caracterizada como “principal porta de entrada”, “coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”, cabe a esta identificar as necessidades de saúde do território, e ser o centro de comunicação entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Portanto, a APS exerce um papel de coordenação e, por vezes, determina a demanda e oferta de ações e serviços para os níveis secundário e terciário. Nesse sentido, quando essa articulação acontece, por determinação das necessidades identificadas na APS, a oferta dos serviços pelos demais níveis de atenção busca garantir a continuidade, integralidade da assistência e a racionalidade da utilização.

Entretanto, esta relação entre os níveis de atenção para o atendimento às necessidades de saúde da população deve ser norteada pelo conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizadas como uma estratégia de organização do sistema, otimização da oferta e utilização dos serviços para garantia da integralidade. Com diretrizes estabelecidas através da Portaria nº 4.279/2010 (república na Portaria de Consolidação nº 03/2017 – Anexo I) e instituídas através do Decreto presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011, as redes de atenção caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de

¹ Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são considerados termos equivalentes pela Política Nacional da Atenção Básica (2017).

² Termos sinônimos na literatura: Atenção secundária ou média e alta complexidade (MAC).

atenção à saúde e buscam a comunicação entre os mesmos através da referência do usuário ao nível de complexidade seguinte, de acordo com a necessidade, evitando encaminhamentos desnecessários o que levaria a sobrecarga dos serviços da Atenção Especializada.

"A noção de redes, traz a ideia da possibilidade de integração entre os serviços [...]" (SOLLA e PAIM, 2014. p. 346), de modo que busca promover uma relação de complementaridade e interdependência entre os níveis de complexidade, em que a atenção especializada tem "o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultora aos processos cuidadores, que se fundamentam num vínculo principal mais frequente com a Atenção Básica, articulando-se ainda com a Atenção Hospitalar e Atenção às Urgências" (CANONICI, 2014. p.11).

Na operacionalização da rede de atenção à saúde (RAS), os serviços de APS devem estar distribuídos nos territórios, de modo descentralizado, com elevada capilaridade e os serviços desenvolvidos pelas equipes multiprofissionais, ao contrário da atenção de média e alta complexidade que deverá seguir a lógica da regionalização, com oferta em espaços geográficos estratégicos e considerando a relação entre custo/benefício e qualidade da atenção ofertada (SOLLA e PAIM, 2014).

Todavia, a atenção especializada (AE) sempre foi um ponto crítico do sistema de saúde, explicado sob a lógica de que trata-se de uma área que reflete dois "vazios" ao mesmo tempo: o assistencial, relacionado a escassez de oferta de serviços; e, o cognitivo, por se tratar de um dos campos da saúde menos estudado (BRASIL, 2016), ressalta-se inclusive a inexistência de uma Política Nacional que direcione as ações e atribuições da Atenção Especializada.

Este campo (AE) apresenta uma lacuna no âmbito científico a partir do momento que a discussão sobre a organização assistencial da saúde, mantém-se "em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia do hospital" e de outro lado, "a atenção básica surgiu como um projeto contra hegemônico, ao qual se dedica grande parte dos estudos e da literatura disponível" (MERHY e FRANCO 2003, p.321).

Atualmente a atenção secundária ou especializada ambulatorial encontra-se no limbo entre estes dois níveis (primário e terciário), com a sua organização de serviços orientada pela questão da oferta e demanda, mantendo a fragilidade da quase inexistente articulação entre os demais níveis de complexidade.

Esta informação coaduna com o produto do levantamento do estado da arte ³ realizado para o desenvolvimento deste estudo. A partir da base de dados LILACS e MEDLINE foram encontrados nos últimos 05 (cinco) anos, apenas 327 artigos/documentos sobre Atenção Especializada, quando relacionados aos 4.960 artigos referentes à APS e aos 1.290 sobre Atenção Hospitalar, no mesmo período.

Ao utilizar o operador booleano “AND” combinados aos demais descritores, para qualificação da pesquisa foram obtidos 199 artigos que após análise dos resumos resultaram em apenas 11 (onze), correspondentes aos descritores pesquisados e que, de fato, dialogavam com o objetivo definido nesta pesquisa. Estes estudos trazem a AE sob a seguinte perspectiva: a) acesso e oferta de serviços da AE (4): Sampaio et al (2016); Carmo (2017); Silva et al (2017); Tesser et al (2017); b) Integração dos serviços/níveis de atenção (2): Almeida et al (2016); Batista et al (2019); e c) Regionalização (5): Filho (2016); Lima et al (2017); Santos et al (2018); Almeida et al (2019); Domingos et al (2019).

A problemática do acesso relacionado ao vazio assistencial seja pela inadequação da oferta com o perfil epidemiológico do território ou pelas dificuldades relacionadas à carência de profissionais de determinadas especialidades e o distanciamento das instâncias federal e estadual de suas atribuições, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto à gestão do sistema, especialmente em relação à regionalização, são trazidas por Sampaio et al (2016) e Silva et al (2017). Nesse sentido, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados a partir de 2008, caracterizam-se, segundo Tesser et al (2017), como estratégia de superação deste vazio na oferta de serviços defendendo que os núcleos devem atuar como retaguarda assistencial da atenção especializada sem, contudo, causar prejuízos na execução de apoio matricial das equipes saúde da família no âmbito da APS, ampliando a sua resolubilidade.

A integração dos serviços da AE e os demais níveis de atenção são aspectos abordados no estudo de Almeida et al (2016), evidenciando que a conformação de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS ainda é um tema pouco frequente

³ A revisão do estado da arte foi realizada a partir das bases de dados Lilacs e Medline para busca da produção publicada nos últimos cinco anos sobre oferta regionalizada de serviços especializados e sua relação com as necessidades de saúde da população. Foi utilizado o operador booleano "AND" para a combinação dos descritores de busca: Atenção Primária à saúde/Regionalização/Necessidades e demandas de serviços de saúde/Acesso à serviços de Saúde.

nas discussões de CIR da região de saúde de Vitória da Conquista - Bahia. Ao modo que o estudo de Batista et al (2019) relata a experiência do Distrito Federal que utilizou da estruturação de um complexo regulatório como ferramenta de articulação entre os níveis de atenção e racionalização da oferta e utilização dos serviços da AE.

A efetivação do processo de regionalização para garantia de acesso aos serviços de AE é discutida sob a perspectiva do reconhecimento do papel da APS para configuração da rede regionalizada (SILVEIRA FILHO et al, 2016); do contexto de escassez, desigualdade na distribuição de serviços e os conflitos nas relações intergovernamentais e público-privadas (LIMA et al, 2017); da incipiente integração regional e barreiras à oferta de atenção integral à saúde (SANTOS et al 2018); da necessidade do fortalecimento de arranjos públicos e universais para provisão de atenção integral à saúde, capazes de reduzir iniquidades relacionadas ao acesso aos serviços da AE (ALMEIDA et al, 2019); e das relações de competição e conflitos na governança das ações e serviços de saúde de média complexidade (DOMINGOS, FERRAZ e CARVALHO, 2019).

Sob o aspecto da oferta, os serviços de média e alta complexidade devem considerar as reais necessidades do território, este diagnóstico inicia-se a partir do “levantamento geral de informações sobre as condições de saúde da área de interesse, com o conhecimento dos principais problemas de saúde e das necessidades da população, com a definição de prioridades [...]”(BRASIL, 2011, p.24), além do levantamento das ofertas já existentes evitando sobreposição de serviços.

A oferta dos serviços da Atenção Especializada permanece como desafio do Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas em virtude do vazio assistencial, mas pelo fato de que historicamente esta oferta no Brasil, “tem sido organizada e financiada, com base na lógica da oferta de procedimentos desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população”, constituindo-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema (SOLLA e CHIORO, 2012. p.13). Segundo os autores, tal situação contribui de forma efetiva para a manutenção das iniquidades e, por vezes, sobreposição de oferta em determinadas áreas e o desprovimento em outras, além de um custo insubsistente para o SUS.

As diferenças entre os níveis de atenção também se revelam no financiamento destinado a estes, ao modo que em 2014, as transferências de

recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 41,9 bilhões, valor 2,9 vezes maior que os recursos transferidos para atenção primária (R\$ 14,7 bilhões) (BRASIL, 2015).

Considerando o déficit de oferta de serviços de média e alta complexidade (BAHIA, 2017), o estado da Bahia projetou as Policlínicas Regionais de Saúde - unidades ambulatoriais de atenção especializada de apoio diagnóstico dentro de uma região de saúde, como estratégia para preencher vazios assistenciais existentes em todo o estado no que se refere a serviços especializados de saúde, além de favorecer ao fortalecimento da Regionalização como um dos eixos estruturantes do SUS. Entretanto, vale ressaltar que existem situações em que a área de abrangência da Policlínica Regional de Saúde extrapola os limites regionais delimitados no Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado da Bahia.

Nesse sentido e pelo fato do diagnóstico situacional de saúde ser elemento fundamental para subsidiar a definição de oferta de serviços dentro do território, sendo necessária APS resolutiva e articulada aos níveis de média e alta complexidade, com fluxos de utilização definidos pela interação do comportamento de busca pelo cuidado e condução dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS, 2004) para garantia da integralidade do cuidado, este estudo apresenta as seguintes questões: Como se deu o processo de definição da oferta de serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão - Bahia e qual o perfil de oferta e utilização dos serviços desta policlínica no período (2017-2019)?

Por se tratar de uma inovação em equipamento de saúde no estado da Bahia e decorridos dois anos da implantação da segunda Policlínica Regional, define-se como objetivo deste estudo: Analisar o perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão - Bahia. Constituem-se objetivos específicos: 1) Descrever o processo de definição dos serviços ofertados pela Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão - Bahia; e 2) Caracterizar o perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão - Bahia.

O interesse pela temática surgiu com o envolvimento no processo de implantação da Policlínica Regional de Guanambi, ao tempo em que eram desenvolvidas ações no Apoio Institucional Regional da Atenção Básica no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – Base Guanambi, e pela oportunidade de participar da Oficina de Qualificação do Acesso à Policlínica Regional promovida pela Diretoria

da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB), no mês de novembro de 2017, no município de Guanambi.

Este estudo mostra-se relevante pela possibilidade de analisar aspectos significativos da Atenção Especializada diretamente relacionados à operacionalização da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão - Bahia. A identificação do perfil de oferta deste equipamento em saúde, correlacionado ao perfil de utilização, produzirá informações relevantes para concluir se de fato os serviços que estão sendo ofertados no território correspondem às reais necessidades da população, oportunizando adequações necessárias, diminuindo de forma eficaz e eficiente os possíveis vazios assistenciais da região, cumprindo assim o objetivo para o qual as policlínicas foram criadas. Favorece também a identificação de possíveis fragilidades e potencialidades no processo de definição dos serviços a serem ofertados através das policlínicas regionais de saúde, em franco processo de implantação em diversas regiões de saúde do estado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O modelo médico assistencial hospitalocêntrico (também conhecido como biomédico) constituiu-se no Brasil ao longo do século XX, porém teve suas origens na Europa ainda no século XVIII, baseado na clínica e reformulação do papel do hospital como “forma de organização da prática médica” (TEIXEIRA e VILLASBÔAS, 2014, p.289). Entretanto, para além da idealização do hospital como lugar de cura, onde “o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 1984, p.109), também se caracteriza como espaço para registro, acúmulo e formação de saber”, concepção que justifica a “racionalidade médica orientar ainda na contemporaneidade a formação dos profissionais de saúde em sua maioria” (SANTOS e PINTO, 2017, p.432).

Os modelos assistenciais são definidos como "formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas" (PAIM, 1999). Portanto, o modelo médico assistencial hospitalocêntrico tem seu processo de trabalho centrado na figura do médico e “fortaleceu o papel do hospital e da rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico” a partir da incorporação de tecnologias (TEIXEIRA e VILLASBÔAS, 2014, p.289).

Nesse sentido, apesar da inegável evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo destes trinta e dois anos de existência, é igualmente inegável que o modelo médico assistencial hospitalocêntrico permanece vivo no país caracterizando-se como modelo hegemônico. Esta abordagem sobre o modelo assistencial médico-hospitalocêntrico apesar de breve e bastante simplificada faz-se necessário para perceber a grande influência que o mesmo exerceu e exerce na conformação das ações e serviços de AE ofertadas atualmente,

no processo de construção do SUS, os serviços ditos especializados foram implantados dentro do modelo tecno-assistencial centrado na consulta e/ou saber médico, para responder às necessidades das unidades da rede (básica), recebendo pacientes triados a partir de problemas específicos” (...) (MESQUITA e SILVEIRA, 1996, p.91).

Também não é difícil compreender o porquê para o senso comum a “Atenção especializada é sinônimo de consultas, exames e procedimentos especializados e, portanto, constitui-se de ações mais qualificadas por dispor de especialistas - *experts* e recursos tecnológicos - equipamentos mais sofisticados” (CANONICI, 2014, p.3).

Definição reforçada por Vilasbôas (2019, p.177) quando afirma que a população considera ideal a “assistência às necessidades de saúde traduzida pelo consumo de procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados ou definidos pelos médicos, para diagnosticar e tratar doenças”, sob esta ótica quanto maior o acesso às consultas especializadas e procedimentos, melhor a qualidade da assistência. A autora acrescenta ainda, que esta também é a percepção de um quantitativo expressivo de profissionais de saúde que enxergam nos serviços especializados a “melhor forma de atenção aos usuários, a de maior prestígio social e a que pode oferecer, o melhor pagamento pelo seu trabalho”.

Conforme citado anteriormente, todo este paradigma relacionado a Atenção Especializada foi construído historicamente, principalmente no âmbito da medicina. Segundo Rocha (2014), existem relatos de especialidades médicas registradas desde a antiguidade, no Egito, entretanto no século XIX, a partir de 1830 quando a existência de médicos especialistas enquanto categoria social tornou-se reconhecível, uma forte tendência começou a criar forma: “a especialização tornava-se condição necessária para quem quisesse se tornar rico e famoso rapidamente, elegendo-se para cada órgão um sacerdote” (WEISZ, 2003, p.542).

Esta construção histórica do modelo assistencial, aliado ao senso comum citado anteriormente, tornam a AE um grande gargalo do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, tem-se por desafio, desconstruir a lógica dominante de um modelo assistencial que supervaloriza as ações especializadas em detrimento da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e redirecionar o foco para um sistema “centrado nas necessidades dos sujeitos/usuários individuais e coletivos” (SOLLA e CHIORO, 2012).

Do ponto de vista da finalidade, a atenção especializada pode ser classificada como àquela que produz “ações assistenciais, ou seja, voltadas à realização de diagnósticos e ao tratamento de doenças, caso em que o objeto de trabalho é o corpo dos pacientes, pessoas que apresentam sinais e sintomas de determinada doença” (PINTO et al, 2019, p.190); sob a perspectiva da densidade tecnológica incorporada ao processo de trabalho e grau de complexidade respectivamente, pode-se definir a AE como "conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais com certa densidade tecnológica, envolvendo processos de trabalho e tecnologias especializadas" (SOLLA e PAIM, 2014, p. 343), como "segundo nível de acesso dos cidadãos à assistência sanitária" e que "atua como referência e consultora da Atenção Primária" (GRIFELL, 2011, p.78),

Estas ações assistenciais são desenvolvidas nos serviços de AE que, caracterizam-se, segundo Merhy (1997) como espaços de saberes-fazeres profissionais, onde se concretiza o encontro das tecnologias leves e leve-duras ofertadas sobre a infra-estrutura tecnológica dura. O autor define tecnologias leves àquelas que envolvem as relações, a produção de vínculo, acolhimento e a busca da autonomia dos sujeitos; as leve-duras são os saberes bem estruturados que atuam no processo de trabalho (clínica médica, epidemiologia, psicanalítica) e tecnologias duras tratam-se da utilização de equipamentos tecnológicos como as máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Os espaços de saúde que ofertam os serviços de atenção especializada segundo Solla e Chioro (2012) recebem diversas denominações, sendo influenciadas por cada momento histórico, além das “estratégias de comunicação social adotada pelos gestores públicos”. Conforme os autores são unidades conhecidas como: Ambulatório de Especialidades médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada, dentre outros.

Atualmente a tipologia dos Estabelecimentos de Saúde é definida através da portaria de consolidação nº 01 de 28 de setembro de 2017 (Título VII, Capítulo IV, Seção IV, Anexo XV), que altera os tipos estabelecimentos de saúde descritos no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), classificando-os automaticamente de acordo com as atividades desenvolvidas (primárias/secundárias) e que são preenchidas durante o cadastramento (BRASIL, 2017).

Portanto, para este estudo, os estabelecimentos que ofertam serviços de Atenção Secundária/Especializada a nível ambulatorial, estão denominados na portaria como: Ambulatório (em que realiza a consulta ambulatorial/atendimento dispensado a indivíduos que visitam o serviço para ter acesso a instrução, exame e plano de ação por profissional de saúde) e a Unidade de Apoio Diagnóstico em que são desenvolvidas ações e serviços que utilizam de recursos físicos e tecnológicos (ex: Raios X, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Análises Clínicas/Laboratoriais, Eletrocardiografia, Endoscopia, etc) para auxiliar, de forma complementar, o diagnóstico e a decisão assistencial.

Considerando suas especificidades, “cuja prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (SOLLA e PAIM, 2014, p.344), os serviços da AE devem ser ofertados de forma “hierarquizada e regionalizada”, buscando garantir a eficiência na utilização dos recursos, dispendo da economia de escala como estratégia para “assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção prestada” (SOLLA e CHIORO, 2012, p.4). Em contrapartida, a APS deve ser ofertada com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

Portanto, considerando as características territoriais da oferta de serviços da APS e AE, Santos e Almeida (2018, p. 302) afirmam que:

Entre los requisitos para la constitución de las regiones de salud, los servicios de APS deben capilarizarse en el territorio, minimizar las barreras de acceso y servir de lugar de búsqueda regular. Por su parte, la atención especializada debe planearse en la lógica de los recursos compartidos entre diferentes municipios, con escala y alcance adecuados, para asegurar la racionalidad socioeconómica y, especialmente, la calidad y la resolutividad del cuidado (SANTOS e ALMEIDA, 2018, p.302).

Como a maior parte dos municípios não são autossuficientes para ofertar integralmente os serviços e procedimentos de média complexidade, nem é este o objetivo do sistema de saúde, torna-se necessário recorrer “à noção de redes de atenção, estabelecendo uma estratégia de atendimento regional com parcerias entre estados e municípios para corrigir as distorções de acesso” (SOLLA e PAIM, 2014).

É consenso entre diversos autores que a AE, constitui-se um dos grandes desafios do sistema, Silva et al (2017) traz que “a atenção especializada é marcada por diferentes gargalos, principalmente no que se refere ao acesso”, além disso

“verifica-se fragmentação e desorganização dos serviços de saúde, devido à existência de vários sistemas locais isolados [...]”. “Essa (des) organização fragmentada da atenção ambulatorial especializada (AAE) é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade que afetam esse nível de atenção” (BRASIL, 2016, p.10).

Mantendo-se a discussão sobre acesso e buscando superar esta característica de fragmentação das ações e serviços da AE é que, Sampaio (2016) reflete sobre a importância da integração entre os serviços de saúde dos diferentes níveis de complexidade, afirmando que a oferta de serviços a partir da integração na rede é condição necessária para assegurar o acesso à atenção especializada de média e de alta complexidade.

A precária integração entre os serviços de saúde é uma característica presente nos sistemas de saúde de vários países e não só do Brasil, e contribui para fragmentação e duplicação de serviços “[...] levando a perda intensa na qualidade e efetividade da rede assistencial, crescendo de forma desnecessária os custos da atenção à saúde, ampliando as desigualdades no acesso e gerando grande ineficiência do sistema como um todo” (SOLLA e CHIORO, 2012, p.9).

Necessário faz-se destacar que, tal integração deve acontecer a partir da APS, por ser considerada a principal “porta de entrada” do usuário aos serviços de saúde (BRASIL, 2017), assumindo, portanto, papel fundamental na conformação das redes de atenção regionalizadas (BRASIL, 2010) e na coordenação dos fluxos dos usuários objetivando a garantia de maior equidade do acesso e utilização concreta dos serviços e demais tecnologias que atendam às necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002). Para Solla e Chioro (2012), é este nível de atenção à saúde “que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária”.

Um dos elementos essenciais para efetivação da integração dos serviços refere-se ao sistema de referência e contra referência (SRCF). A referência de acordo com Silva et al, (2010) refere-se aos encaminhamentos dos usuários das unidades básicas de saúde para atendimento especializado, enquanto a contra referência consiste no movimento inverso, trata-se do retorno deste usuário, da APS), para continuidade do tratamento.

Por se tratar de ferramenta de comunicação entre os níveis de atenção à saúde também é possível afirmar que o SRCF é um mecanismo de continuidade da

assistência prestada ao usuário, quando este, após atendimento na AE retorna à sua unidade de origem, neste caso a APS:

Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível da atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica [...]. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica (SOLLA e CHIORO, 2012, p.7).

Além da fragmentação caracterizada pela reduzida ou quase inexistente integração dos serviços, a AE apresenta um outro ponto considerado como entrave para o sistema: a oferta de serviços. Para Solla e Chioro (2012, p.18) “a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema”. Os autores afirmam, ainda, que a AE para definição dos serviços ofertados em determinada região/território desconsidera “as necessidades e perfil epidemiológico da população” seguindo a lógica da oferta de procedimentos condicionando a demanda ao padrão de oferta existente.

Sendo assim, os serviços da AE em geral são reconhecidos:

pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade (SOLLA e CHIORO, 2012, p.13).

Os pontos descritos acima ocasionam a percepção da população e também da gestão de um vazio assistencial gerado por um déficit de oferta. Todavia, o Conass (2016) contrapõe esta ideia quando aponta que um

aprofundamento do diagnóstico mostrará que muitos problemas que se manifestam, fenomenalmente, sob a forma de vazios assistenciais, podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a APS e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários (BRASIL, 2016, p.10).

Este mesmo documento menciona que é inegável o déficit de oferta de serviços da AE, todavia aproximadamente 80% de pacientes portadores de condições crônicas como hipertensão arterial sistêmica, que apresentam quadro clínico de menor complexidade, deveriam ser acompanhados pela APS, no entanto, lotam as unidades de atenção especializada pela frágil ou inadequada estratificação de risco destes pacientes no nível primário de atenção. Como resultante, principalmente no que se refere a média complexidade, inúmeras “reclamações

sobre as dificuldades de se conseguirem consultas com especialista e alimentando as filas intermináveis” (BRASIL,2016. p.11), situações possivelmente resolvidas com a introdução ou realização adequada da estratificação de risco destes pacientes na APS promovendo a garantia do acesso e a racionalidade da utilização dos serviços da AE.

Esta racionalidade na utilização dos serviços da AE promoveria a otimização dos serviços ofertados e uma redução do absenteísmo de usuários. Entende-se por absenteísmo o “ato de não comparecer às consultas e/ou aos procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia ao local de realização” (BELTRAME et al, 2019, p.1016), constituindo-se, portanto, um fator de desperdício de recursos públicos, colaborativo para a manutenção e/ou aumento das filas de espera e comprometendo o acesso aos serviços de saúde. Ainda segundo Beltrame (2019), o absenteísmo é multicausal, o que envolve usuários, profissionais e gestores, corresponde a um problema mundial e, no Brasil, as taxas no SUS estão próximas ou superiores a 25%.

Como visto, a oferta de serviços, trata-se de “nó crítico” para o sistema e tem como pontos mais sensíveis à fila de espera e o tempo de marcação de consultas especializadas, trata-se da “face mais perceptível dos problemas identificados pelos brasileiros no que diz respeito à saúde” (SOLLA e CHIORO, 2012, p.17). Segundo os autores, na prática, esta também é a percepção que o brasileiro acaba formando a respeito do SUS como um todo. Estes pontos são influenciados por todos os fatores citados anteriormente e identificados como características da oferta de serviços especializados no Brasil.

Como estratégia para diminuir as filas e tempo de espera para consultas e exames especializados e garantir acesso, com racionalidade e otimização da utilização dos serviços de saúde, o que também corresponde dizer com maior equidade, eficiência e qualidade, torna-se necessário um sistema de regulação eficiente da oferta de serviços, com garantia de fluxos adequados a todos os níveis de complexidade tecnológica de serviços (PURSAI, 2004), principalmente dos serviços de média e alta complexidade.

Em estudo sobre o absenteísmo de usuários em procedimentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS) na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), Beltrame et al (2019) relatam que a regulação do acesso à saúde caracteriza-se como instrumento de gestão pública em

aprimoramento, mas que tem por objetivo "alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, demanda e financiamento".

O termo "regulação" deriva do campo das ciências econômicas com uma conotação voltada para o controle de falhas, e norteia-se no mercado de trabalho pelos componentes, oferta e demanda, no campo da saúde, refere-se à necessidade de regular os sistemas de saúde numa tentativa de mitigar a disputa entre a oferta e a demanda, com vários impactos no acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalares (FREIRE, 2017).

Diante do exposto, percebe-se que o papel desempenhado, ou pelo menos destinado a atenção especializada é de suma importância. Todavia conforme já dito anteriormente, é um dos níveis de atenção menos estudados, constituindo-se em vazio cognitivo, na produção de artigos científicos. A atenção especializada não possui uma Política Nacional que norteie sua operacionalização no sistema, segundo Carmo (2017) as ações da AE são definidas pelo Ministério da Saúde através de "proposições de organização do cuidado pelas patologias", as chamadas linhas do cuidado. Com inúmeras publicações voltadas para atuação em "REDES", e que embora tragam em seu conteúdo, o que se espera dos entes federados e cada nível de atenção, estas publicações têm como "mote a organização dos serviços direcionados às patologias e/ou agravos".

Estas portarias não conseguem dar sustentabilidade às importantes e necessárias mudanças no campo da Atenção Especializada para que de fato exerça seu papel nas redes de atenção.

[...] elas não se abrem para propor dinâmicas efetivas para articulação dos serviços, e, menos ainda, dos trabalhadores, esgotando-se na sua enunciação formal. No limite, estabelecem fluxos a partir do conceito de regulação do acesso. Além disso, regras e portarias indicando as responsabilidades aos entes federados não são suficientes para propor ou operar mudanças que precisam ser trabalhadas no campo da micropolítica em todos os espaços (CARMO, 2017, p.43-44).

2.2 NECESSIDADES DE SAÚDE, OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

A categoria necessidades tem sido objeto de estudo de diversos autores que se utilizam de variadas bases teórico-conceituais em suas abordagens. Ao iniciar este tópico, torna-se pertinente conceituar e descrever os termos “necessidades” e “saúde”, para posteriormente correlacioná-los, sendo desta forma possível, dimensionar a complexidade da temática abordada.

Em um contexto geral, segundo o Glossário Temático Economia da Saúde (BRASIL, 2005. p.39), necessidade refere-se a:

Carência, falta ou privação de algo estimado como desejável, associada à vontade de supri-la. Nota: as necessidades podem ser dos seguintes tipos: i) primárias ou básicas; ii) secundárias ou acidentais; e iii) coletivas ou sociais.

Também pode ser definida:

Como um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (HELLER, 1986. p.170).

Para Heller (1986), que aborda a temática necessidades humanas, a partir do referencial marxista, as necessidades correlacionam-se diretamente à mercadoria e ao valor de uso; todavia, Marx não conceitua diretamente o termo necessidades. Segue um trecho da obra Teoria de las necesidades em Marx:

Marx define la mercancía como valor de uso del siguiente modo: La mercancía es (...) una cosa apta para satisfacer necesidades humanas, de cualquier clase que ellas sean. A este respecto es irrelevante el hecho de que se trate de necesidades del estómago o de la fantasía. La satisfacción de la necesidad constituye la conditio sine qua non para cualquier mercancía. No existe ningún valor (valor de cambio) sin valor de uso (satisfacción de necesidades), pero pueden existir valores de uso (bienes.) sin valor (valor de cambio), si bien satisfacen necesidades (según su definición) (HELLER, 1986, p.21)

Sob o prisma marxista, as necessidades podem ser classificadas em naturais, quando relacionadas à perpetuação e conservação da vida como “alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativos à auto-conservação e a preservação da espécie” e necessárias, radicais ou propriamente humanas quando estão relacionadas à “liberdade, a autonomia, a auto-realização, a

autodeterminação, a atividade moral, a reflexão, entre outras”. Ambas determinadas socialmente (HINO et al, 2009, p.1157)

Adentrando ao campo das ciências econômicas e dialogando com a teoria marxista, Paim e Almeida-Filho (2014), relatam que as necessidades recebem uma conotação mercadológica, de bem de consumo, sendo possível a sua satisfação apenas àqueles que podem adquirir ou comprar os produtos e serviços no mercado, a partir de uma dada estrutura de renda e preços. Considerando esta concepção, pode-se vislumbrar o viés que as necessidades de saúde apresentam em uma sociedade capitalista.

Para definir o termo “saúde” resgata-se o registro da 8ª Conferência de Saúde ocorrida em 1986, em que consta o conceito ampliado de saúde como descrito no relatório final:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.04).

Diante dos conceitos expostos acima, é possível identificar fatores que estimulam o desencadeamento da doença no organismo sadio, ou seja, interferem diretamente no processo saúde-doença e são denominados determinantes de saúde (ALMEIDA-FILHO e PAIM, 2014). Baseado no modelo processual de História Natural da Doença (HND) e na teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, estes determinantes podem ser biológicos, quando se referem às questões genéticas e ambientais ou socioculturais quando relacionados a situações econômicas, sociais, culturais e psicológicas.

Sendo assim, são inúmeros os fatores que definem as necessidades de saúde do indivíduo e sua coletividade. Segundo Hino (2009), as necessidades de saúde não estão limitadas à atendimentos médicos, nem a doenças, agravos ou riscos, elas estão relacionadas as carências e vulnerabilidades sociais de uma população expressas em seus modos de vida e identidade.

Tal situação torna-se ainda mais complexa quando adiciona-se a esta análise das necessidades de saúde, a percepção de Stotz (2004) sobre o posicionamento da sociedade capitalista que percebe as necessidades de saúde meramente de forma individualizada, onde o sistema social as avaliam abstratamente com base em

indicadores, mas descontextualiza os indivíduos de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura.

Acerca disso, Cecílio (2001) ressalta que, embora as necessidades de saúde sejam construídas social e historicamente e que o processo saúde doença seja coletivo, suas manifestações são expressas em corpos individuais, sendo relevante apreendê-las em uma dimensão individual, porém considerando que existe uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade, o que contrapõe a noção de que são individuais e isoladas. Campos (2009) acrescenta ainda que estas necessidades de saúde são dinâmicas e que estão sujeitas a mudanças a depender do contexto histórico e social.

Utilizando-se das conclusões e indicações de Stotz (1991), outro importante ponto é considerado e descrito por Cecílio (2001), refere-se à adoção de uma taxonomia de necessidades de saúde capaz de traduzi-la de forma descritiva e operacional, porém ressignificada para garantir a expressão dialética do individual e do social. Para Almeida-Filho e Paim (2014), trata-se da tentativa de favorecer a aproximação reflexiva pelos trabalhadores de saúde do reconhecimento que as necessidades de saúde são definidas social e historicamente com o objetivo de melhorar qualidade da atenção ofertada ao usuário e, conseqüentemente, atenderem suas necessidades de saúde. Esta taxonomia é agrupada por Cecílio (2001, p.118 -119), em quatro grandes conjuntos:

Boas Condições de vida – a maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde; 2) Ter acesso e poder consumir toda tecnologia capaz de prolongar a vida – abandonar toda e qualquer pretensão de hierarquizar as tecnologias leve, leve-dura e dura. “O valor de uso de cada tecnologia está relacionado a necessidade de cada pessoa em cada singular momento que vive”; 3) Criação de vínculos (a) efetivos entre usuários e equipe e/ou profissional de saúde – “o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”; 4) Necessidade de graus crescente de autonomia de cada pessoa no seu modo de levar a vida – a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, incluindo aí “a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível” (CECÍLIO, 2001. p.118 -119).

Do ponto de vista da integralidade da atenção, para Cecílio (2001), as necessidades de saúde chegam até aos trabalhadores de saúde em seus diversos espaços como “cestas de necessidades”, onde competiria à equipe de saúde ter a sensibilidade para traduzir e saber atender as reais necessidades que por vezes chegam aos serviços de saúde, camufladas de alguma demanda moldada pela

oferta dos serviços. Neste contexto, a integralidade “poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECÍLIO, 2001, p.120).

Atualmente ainda existe uma ideia predominante de que as necessidades de saúde estão diretamente relacionadas com as necessidades de serviços de saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014). Tal confusão, segundo os autores, reforçam a medicalização da sociedade, fenômeno produzido pelo entendimento de que para ter saúde faz-se necessário serviços de saúde, o que contribui para reprodução social da expansão do consumo de serviços e procedimentos, muitos destes com sua eficácia questionada.

Acerca da medicalização das necessidades de saúde, e sob uma ótica diferente, Stotz (2004) resalta um problema social bastante comum, principalmente considerando o panorama nacional de desemprego, miséria e violência, pois em sua perspectiva os indivíduos podem externar seu sofrimento psíquico causado por tais situações através de sinais e sintomas como dores musculares, angústia, insônia, dor de cabeça, gerando a necessidade de consumo de serviços e procedimentos de saúde.

Correlacionando as necessidades com as práticas de saúde, pode-se afirmar segundo Hino (2009), que as necessidades de saúde podem funcionar como analisadoras das práticas de saúde, considerando que existe uma vinculação do seu reconhecimento e enfrentamento com os princípios do SUS. Sendo assim, os profissionais de saúde inseridos nas equipes devem estar imbricados na tarefa de identificar e atender as necessidades trazidas pela população.

Enfim, as práticas de saúde se constituem como processos de trabalho, utilizando-se dos meios de trabalho e tecnologias para atender as necessidades de saúde ao tempo que criam outras necessidades: “o desenvolvimento científico e tecnológico de um lado e os interesses econômicos e publicitários para a venda de equipamentos, medicamentos e insumos médicos sanitários, de outro, podem instaurar novas necessidades de produção de serviços ou bens” (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014, p.35).

Assim como necessidades, os conceitos de demanda e oferta possuem formulações no campo da economia. Neste contexto, demanda seria definida como “a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um

determinado período de tempo” (IUNES, 1995, p.99), enquanto a oferta seria “quantidade de um bem ou de um serviço disponível no mercado em que os ofertantes estão dispostos a vendê-los, conforme preço de mercado, em um período de tempo determinado” (BRASIL, 2005, p.40).

O reconhecimento da demanda e oferta meramente como categorias do campo de conhecimento econômico, segundo Malik, (2001) aproxima de forma arriscada a saúde de um bem de mercado tradicional, reforçando a ideia de consumo, quando por diversas vezes a oferta não corresponde diretamente à necessidade e sim, a demanda, ou ainda quando esta última surge em função de determinado serviço ou produto. Para a autora a percepção da comunidade é o que define a “oferta de qualidade” dos serviços oferecidos.

As formulações dos termos demanda e oferta originárias no campo da economia devem ser transpostas urgentemente; segundo Silva (2003, p.239) estes termos devem ser apreendidos à luz de diferentes campos de conhecimento, visto que tanto a demanda quanto a oferta “são construídas a partir de uma ação social, podendo incluir tanto a objetividade quanto a subjetividade de seus atores, assim como suas falas e práticas no interior das instituições de saúde”, compreendendo uma dimensão assistencial, tecnológica e política.

Para Cecílio (2001, p.120) a “demanda, em boa medida, são necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”, elas podem chegar sob forma de busca por consulta médica, por medicamentos, realização de procedimentos, atividades normalmente ofertadas pelos serviços de saúde, porém as necessidades podem ser outras.

A relação da oferta com acessibilidade é trazida por Travassos (2004, p.191), que define a acessibilidade “como um dos aspectos da oferta de serviços relativo a capacidade de produzir serviços e de responder as necessidades de saúde de uma determinada população”. Sob esta ótica, acessibilidade não se limita a apenas disponibilidade de recursos em determinado momento e lugar, mas sim às características dos serviços e dos recursos de saúde que podem facilitar ou dificultar seu uso pelos usuários.

A interação das necessidades de saúde, a percepção que usuário possui acerca da mesma, o conhecimento prévio sobre a doença ou condição aliado a oferta disponível dos serviços resulta na utilização dos serviços de saúde, que por

sua vez ainda sofre influências geográficas, socioculturais e econômicas (STOPA et al, 2017).

Neste cenário, Travassos et al (2000) acrescentam que as preferências e escolhas do usuário também influenciam o padrão de utilização dos serviços de saúde, aliado as necessidades, que sofrem influências internas e externas ao setor, e a forma como está estruturada a oferta de serviços no território.

Já foi demonstrado anteriormente que para o senso comum, a utilização de consultas, exames e procedimentos especializados constitui-se em ações de saúde mais qualificadas por dispor de especialistas - *experts* e recursos tecnológicos - equipamentos mais sofisticados (CANONICI, 2014, p.3), sendo assim a preferência dos usuários está condicionada, historicamente ao atendimento hospitalar (PINHEIRO, 2009), e no presente é reforçada pelas políticas públicas que trazem o hospital como o lugar que reúne "todas" as possibilidades de solucionar os problemas de saúde. A autora ainda refere que, este comportamento dos usuários relaciona-se com uma forte característica do sistema de saúde brasileiro, que independente de sua pluralidade mantém atual o que historicamente foi construído, a assistência médica e atendimento hospitalar como seus eixos estruturantes.

Por outro lado, considerando-se a subjetividade dos sujeitos, outras variáveis podem determinar a preferência do usuário, como por exemplo, experiências prévias de utilização dos serviços de saúde interferem diretamente na priorização da escolha da unidade que será buscada pelo usuário tendo em vista a satisfação de suas necessidades.

Em alguns estudos realizados sobre o perfil da população que usa exclusivamente serviços públicos de saúde, constatou-se que os próprios usuários já fazem uma hierarquização parcial na escolha entre as unidades básicas e de retaguarda (unidades especializadas incluindo-se aqui o hospital), com base na própria experiência vivenciada de uso destes serviços (PINHEIRO, 2009 p.76).

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Essa modalidade (qualitativa) consiste em desvendar os núcleos de sentido que estruturam a comunicação, por meio da leitura, exploração, compreensão e interpretação de dados textuais, relacionando-os com outras teorias. É adequada às pesquisas qualitativas em saúde (MARCONI, 2003; MINAYO, 2007; BARDIN, 2016).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Na Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide o estado em 28 (vinte e oito) regiões vinculadas à 09 (nove) macrorregiões de Saúde e cada macrorregião possui um Núcleo Regional de Saúde (NRS). A Macrorregião Sudoeste é composta por 74 (setenta e quatro) municípios, distribuídos em 04 (quatro) Regiões de saúde: Vitória da Conquista, Itapetinga, Brumado e Guanambi (OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO, 2020).

Vinculadas ao NRS sediado em Vitória da Conquista, em cada região de saúde, existe uma unidade administrativa do estado, substitutas às Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), que foram extintas no processo de reforma administrativa do governo do estado através da Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Estas unidades são a representação da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) nas regiões de saúde e, no âmbito da Sesab receberam a nomenclatura informal de Bases Regionais de Saúde (BRS), pois até o presente momento não há nenhum instrumento legal, normativo, oficializando a existência destas estruturas no território.

3.2.1 A Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão

As Policlínicas Regionais, implantadas no estado da Bahia desde 2017, caracterizam-se como unidades de serviço ambulatorial especializado de apoio diagnóstico e terapêutico, cujo acesso é regulado por agendamento através das centrais de regulação ou secretarias municipais de saúde, mediante o uso de um sistema informatizado específico da Unidade - o Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES) (BAHIA, 2017).

A Policlínica Regional do Alto Sertão, inaugurada em novembro de 2017, a segunda implantada no estado da Bahia, é administrada pelo Consórcio Interfederativo do Alto Sertão, criado em julho de 2016 seguindo os termos da Lei Estadual nº 13.374. Este consórcio, sediado em Guanambi, é constituído sob a forma de associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de Direito Público; tem como finalidade, a cooperação técnica e financeira na área de saúde entre os entes federados, visando à promoção de ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade, em especial: serviços de urgência e emergência hospitalar e extra - hospitalar; ambulatorios especializados, policlínicas; centro de especialidades odontológicas (CEOs); assistência farmacêutica, entre outros serviços relacionados à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, bem como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia (CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO ALTO SERTÃO, 2017).

A Policlínica Regional de do Alto Sertão - Bahia possui um protocolo de acesso que estabelece o fluxo orientando a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal ponto de atenção a referenciar o usuário buscando garantir a racionalidade e otimização da oferta e utilização do serviço. Para assegurar o deslocamento dos usuários, a unidade dispõe de logística própria de transporte com uma frota de 12 micro-ônibus, que realiza 11 roteiros, cobrindo os 22 municípios que compõem a região de saúde de Guanambi, possui ainda um veículo reserva para possíveis eventualidades. No momento do agendamento das consultas e procedimentos, são também realizadas as reservas de vagas nos veículos considerando inclusive a legislação vigente quanto à acompanhantes (menores/idosos).

Portanto, a Policlínica Regional do Alto Sertão se constitui no campo para o desenvolvimento deste estudo que considerou a delimitação temporal de dezembro de 2017 à dezembro 2019. Entende-se que 24 meses de atuação no território representa um espaço de tempo significativo de implantação/implementação do serviço com produção de dados substanciais para análise da oferta e utilização dos serviços da Policlínica.

3.3 PROCEDIMENTO DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A produção de dados foi realizada mediante análise documental e realização de entrevista com informantes chaves. Foram utilizados relatórios do sistema de informação e sobre produtividade, além de atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR da Região de Saúde de Guanambi. O critério de inclusão dos entrevistados, bem como setores/instituições considerou a participação ativa dos mesmos no processo de discussão que ocorreu regionalmente, que antecedeu a implantação.

Foram convidados a participar das entrevistas como informantes-chave: 1) 01 (um) representante da Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (APG/SESAB). A APG é a área técnica responsável pelo processo de implantação das policlínicas regionais de saúde; 2) 01 (um) representante da Policlínica Regional de Saúde (2017-2019) - neste caso específico houve recusa; 3) 02 (dois) representantes da CIR, uma representação estadual (SESAB) e outra municipal – em virtude de ser o espaço de governança regional para discussão e deliberação de assuntos no campo da saúde e; 4) 01 (um) representante do Consórcio Interfederativo - enquanto responsável pela gestão da Policlínica.

Para a realização das entrevistas semi-estruturadas foi utilizado um roteiro previamente elaborado para esse fim (Apêndice A), facultando ao entrevistador a possibilidade de acrescentar algum questionamento que tenha julgado necessário no momento da entrevista para a melhor compreensão das informações obtidas e alcance dos objetivos.

Das 04 (quatro) entrevistas, 03 (três) aconteceram de forma virtual através da plataforma digital Zoom, embora a entrevista tenha sido gravada vídeo e áudio foi utilizado para transcrição apenas o áudio/voz. Apenas 01 (uma) entrevista foi realizada de forma presencial, entretanto, em virtude do panorama atual da pandemia de COVID 19, foram adotadas todas as medidas sanitárias de precaução, com o objetivo de mitigar prejuízos e potenciais riscos, foram respeitados os seguintes critérios: uso de máscaras, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de álcool à 70% para higienização das mãos. As entrevistas duraram em média cinquenta minutos e foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Com a realização das entrevistas buscou-se as informações acerca do processo de implantação da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão e da definição dos serviços ofertados, o que dialoga diretamente com o primeiro objetivo específico deste estudo, além da identificação das principais dificuldades enfrentadas durante este processo.

A análise dos dados provenientes das entrevistas foi realizada a partir da técnica da análise de conteúdo temática da pesquisa qualitativa em saúde, sob a perspectiva de Minayo (2007) seguindo a seguinte trajetória de análise: a) Pré - análise, b) Exploração do material e c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde foi realizada a articulação entre os objetivos do estudo, o quadro teórico e os dados empíricos produzidos. Assim, a apresentação dos resultados, com posterior discussão, foi organizada e apresentada em duas partes:

1) Processo de Implantação da policlínica regional: definição da oferta de serviços;

- Dificuldades, fragilidades e potencialidades no processo de definição e implementação da oferta.

2) Perfil de oferta e utilização de serviços da policlínica regional do Alto Sertão;

- Consolidado de consultas e exames em geral;
- Oferta e utilização de consultas por especialidade;
- Oferta e utilização de exames e procedimentos.

Quanto aos documentos para análise, foram solicitados ao Consórcio Interfederativo e disponibilizados pela assessoria técnica da policlínica, tendo em vista a vacância no cargo da diretoria geral da policlínica ocorrida neste período; e à

Coordenação da Comissão Intergestores Regional (CIR). A lista de documentos disponibilizados e utilizados para este estudo, suas respectivas fontes e as informações a serem identificadas relacionadas aos objetivos deste estudo, constam no quadro 1, a seguir:

QUADRO 1: Matriz de análise documental sobre a oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, Bahia (2017-2019)

| Documentos | Fonte | Informações a serem identificadas |
|---|-------------|---|
| Relatórios gerados pelo Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES) (Doc1) | Policlínica | - Serviços pactuados, ofertados - Quantitativo de consultas, exames e procedimentos ofertados e utilizados - Taxa de absenteísmo |
| Relatórios de produtividade elaborados pela gestão da policlínica (Doc 2) | Policlínica | - Aproveitamento dos serviços da policlínica em relação ao quantitativo pactuado, ofertado e utilizado pelos municípios consorciados. - Dificuldades relacionadas ao processo de oferta e utilização dos serviços enfrentadas pela policlínica |
| Atas das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) ³ (Doc3) | CIR | - Processo de decisão da oferta de serviços da policlínica no âmbito regional - Dificuldades enfrentadas pelos municípios relacionadas à oferta e utilização dos serviços da policlínica discutidos neste espaço de governança |

³As atas foram selecionadas a partir das pautas, incluídas aquelas que remetem ao processo de implantação/implementação e monitoramento das ações desenvolvidas pela Policlínica Regional.

Ressalta-se que havia a pretensão de analisar outros documentos tais como: boletins informativos, apresentações construídas pela gestão e assessoria técnica da policlínica que foram socializadas com os secretários municipais de saúde com o objetivo de agregar informações relevantes ao estudo, todavia foram disponibilizados os relatórios emitidos pelos SIGES (Relatório de monitoramento geral e Relatórios Indicador consultas pactuadas e ofertadas/exames pactuados e ofertados) que neste estudo foram identificados como **(Doc1)**, Relatório de produtividade elaborado pela direção e assessoria técnica da policlínica **(Doc2)** e Atas das reuniões CIR **(Doc3)**.

Tendo em vista que o estudo se propôs a analisar o processo de definição dos serviços a serem ofertados na policlínica regional optou-se por selecionar as atas considerando que as discussões iniciaram no ano anterior a implantação desta unidade de saúde na região de Guanambi, sendo assim, de forma pontual, para análise deste documento estabeleceu-se como espaço temporal o período de 2016-2019.

Foram analisadas 20 atas (Doc3), que totalizam aquelas disponibilizadas pela Secretaria Executiva da CIR Guanambi e também acessadas publicamente no site do Observatório Baiano de Regionalização, destas 10 possuíam pautas relacionadas à policlínica, sendo 04 do período anterior à implantação.

A partir da análise dos relatórios gerados pelo SIGES foi realizada a identificação das informações acerca do quantitativo da oferta de serviços e procedimentos pactuados, agendados, atendidos, vagas perdidas, percentual de utilização das vagas e taxa de absenteísmo. No que se refere ao relatório gerencial de produtividade, buscou-se agregar informações pertinentes que pudessem subsidiar a caracterização do perfil de oferta e utilização da Policlínica, esta corresponde ao segundo objetivo específico deste estudo. Também foi utilizado na análise de dez/2017 (oferta e utilização por especialidade e por exames/procedimentos) como documento complementar aos relatórios emitidos pelo SIGES, visto que neste período correspondente ao primeiro mês de funcionamento da policlínica foi identificado através das entrevistas que o SIGES apresentou-se muito frágil como sistema de marcação. Desta forma minimizando as possíveis falhas do sistema que pudessem influenciar negativamente no quantitativo de perdas dos serviços ofertados.

Em 2018 e 2019 este Relatório foi utilizado apenas para identificar o quantitativo de faltosos, visto que no Relatório do indicador consultas pactuadas e ofertadas/exames pactuados ofertados esta informação não é disponibilizada.

Através da análise documental (Doc1 e Doc2) foi possível identificar a variação na oferta e utilização de tais serviços e procedimentos e representá-los através de quadros e gráficos demonstrativos que foram construídos com o apoio do *microsoft Excel* sendo apresentados no capítulo dos resultados sob a seguinte categoria: Perfil de oferta e utilização de serviços da policlínica regional do Alto Sertão (2017-2019), onde foram apresentadas a síntese dos achados considerando

as seguintes variáveis: pactuados, ofertados, agendados, perdas, percentual de utilização e taxa de absenteísmo.

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, visando garantir a qualidade e a legitimidade dos achados a análise dos dados das entrevistas foi cotejada com os dados da análise documental e discutidos à luz do quadro referencial teórico.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CEP-ISC) para apreciação, em acordo com a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), Resolução nº 510 de 2016 (BRASIL, 2016) e Resolução nº 580 de 2018 (BRASIL, 2018).

Após divulgação do parecer favorável sob o nº 4.370.877/2019, foi realizado contato prévio com todos os entrevistados através de *whatsapp* ou email dando conhecimento acerca do projeto incluindo o caráter voluntário da sua participação. Após a leitura, o TCLE (Apêndice B), foi assinado em duas vias permanecendo 01 com o entrevistado e a outra via com o pesquisador.

O TCLE e as entrevistas estão arquivadas e serão destruídas após 5 anos de realização das entrevistas. A forma adotada para manutenção do anonimato dos entrevistados foi a utilização de um código alfanumérico de acordo com a ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3, E4).

Pretende-se, realizar apresentação dos resultados em Reunião CIR – Comissão Intergestores Regional com a participação da Diretoria Geral da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, no Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica - COCAB, entendendo a importância da APS no processo de ordenação das redes de atenção e na Assembleia Geral do Consórcio do Alto Sertão.

4 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em dois capítulos. O primeiro trata do processo de definição dos serviços ofertados pela Policlínica Regional do Alto do Sertão e o segundo, contempla a caracterização do perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão – Região de Saúde Guanambi.

4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO ALTO SERTÃO - BAHIA

A implantação das Policlínicas Regionais de Saúde trata-se de um projeto de governo do estado com o objetivo de promover a regionalização dos serviços de saúde e o preenchimento de vazios assistenciais com relação à atenção de média complexidade ambulatorial. A inspiração para a implantação das mesmas no Estado da Bahia foram as policlínicas que já estavam em franca operacionalização no Ceará.

[...] o projeto das policlínicas ela é um projeto de governo, foi um projeto indicado pelo governador. [...] *tava* no projeto como estratégia produzir uma regionalização dos serviços de saúde e cumprir um vácuo que era serviços, consultas e exames de média especialidade. Então, ele foi ao Ceará, conheceu esse ponto de atenção chamado policlínica e gostou e ele voltou com um firme propósito de que formaria consórcios e os consórcios geriam policlínicas. (E1)

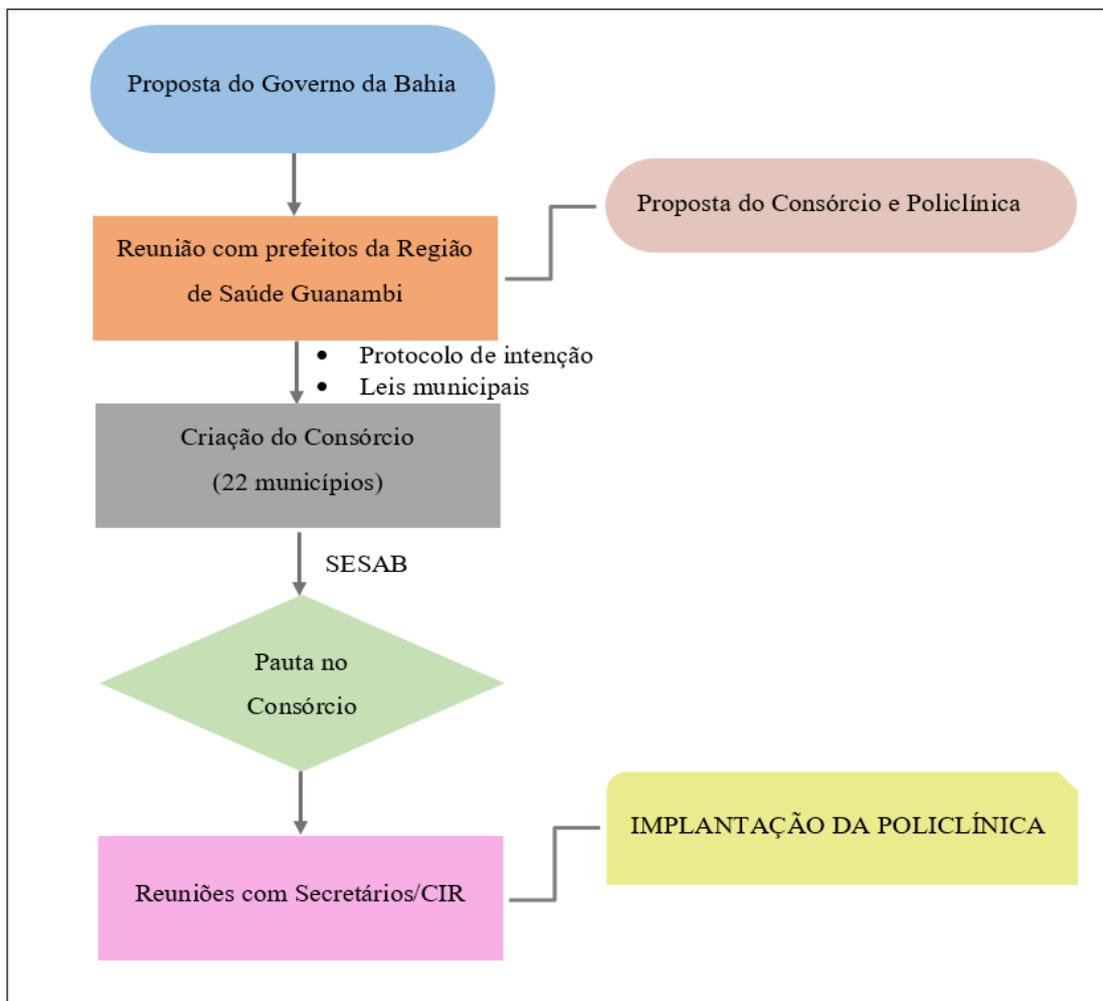
Conforme apontado nas entrevistas, por se tratar de um projeto de governo, existem no âmbito estadual duas coordenações que atuam no processo de implantação das policlínicas regionais de saúde: uma "coordenação política que representa o governador nas assembleias" (E1) e, portanto, responsável pelas articulações necessárias com os prefeitos; e, uma "coordenação técnica" (E1) que se detém às questões técnicas e operacionais no campo da saúde.

Sobre o processo inicial de discussão para implantação da policlínica o governador “começou a reunir os prefeitos e disse olha, as regiões que primeiro se consorciarem eu começo a construir as policlínicas” (E1). Como a gestão da policlínica regional de saúde é realizada através do Consórcio Interfederativo (Estado e municípios), a instituição do mesmo tornou-se condição primordial para sua implantação na região.

A formalização do Consórcio Interfederativo conforme relato de E1 “tem todo um rito, os prefeitos da região têm que assinar um protocolo de intenção [...], fazer leis autorizativas nas câmaras municipais”, ratificando o protocolo de intenção para garantir o arcabouço legal que subsidia a criação do Consórcio. Uma vez instituído, foram realizadas várias reuniões para apresentação do contrato de rateio, contrato de programa da policlínica, segundo E3 “foi mais de ano a gente tendo essa discussão com os prefeitos”. As reuniões aconteceram nas assembleias gerais do Consórcio “primeiramente com os prefeitos né. Então depois lá na frente que envolveu os secretários municipais” (E4).

A figura 2 apresenta sinteticamente o fluxo das ações desenvolvidas para implantação da Policlínica Regional do Alto Sertão – Região de saúde Guanambi.

FIGURA 2: Síntese do fluxo de Implantação da Policlínica Regional do Alto Sertão



Fonte: Elaboração própria baseado nas entrevistas realizadas

Para a tomada de decisão sobre a oferta de exames e procedimentos no momento de implantação da Policlínica, a expertise do estado do Ceará⁴ foi considerada no processo de regionalização dos serviços de saúde, e foram realizadas visitas às instalações nas policlínicas deste estado pela gestão do Consórcio Interfederativo, alguns prefeitos e equipe técnica da SESAB para conhecerem a dinâmica do serviço, obterem o conhecimento e a assessoria necessária para garantir o bom andamento do processo da regionalização no Estado da Bahia.

[...] nós trouxemos o ex-secretário de saúde do Ceará, [...] tinha sido na gestão dele que ele tinha implantado os consórcios. Então, ele trouxe o material e nós também fomos visitar o Ceará, tanto nós da equipe técnica como um conjunto de prefeitos foram visitar (E1).

Eu [...] e mais dois prefeitos viajamos até o Ceará [...], nós fomos conhecer o ambiente, a estrutura e nós conseguimos realmente entender qual que era o papel da policlínica regional, ficamos lá uns dias entendendo e visitando tudo, foi lá que nós conseguimos realmente assim... comprar a ideia que o governo do estado estava apresentando (E3).

As tomadas de decisões acerca dos serviços a serem ofertados foram subsidiadas no âmbito estadual por discussões envolvendo diversos setores. Uma comissão foi criada "com representação das diretorias da secretaria com representação da PGE, com representação de outras secretarias da casa civil" e reuniões semanais para definição de um elenco mínimo de serviços a serem ofertados na unidade de saúde a ser implantada, cujas propostas eram "apresentadas ao governador" (E1), só então a proposta poderia ser apresentada aos prefeitos/secretários de saúde da região.

De uma forma geral, o que se instituiu como parâmetro para as decisões tanto de serviços, quanto de equipamentos e quantitativo de recursos humanos, para implantação das Policlínicas regionais foi a experiência do Ceará, com adequações fundamentadas no levantamento da capacidade instalada da região de saúde bem como seus vazios assistenciais.

[...] Então, lá [Ceará] eles tinham oferta, um leque de serviços que eles ofertavam. Na Bahia nós fizemos o seguinte, a gente tinha nossa equipe, nós fomos pro SIA/SUS, levantamos do que *tava* na oferta do Ceará o que era que tinha na região, então nós levantamos todas as especialidades médicas que existiam [...] levantamos e era visível em todos os locais o

⁴O estado do Ceará desde meados de 1990 vivencia fortemente o processo da descentralização e regionalização da Saúde, configurando-se assim em solo fértil para estudos sobre a temática. (GOYA, 2016).

vácuo, a não existência desses serviços. Então isso, nós apresentamos ao governador e aí concordamos de que teria o leque básico de especialidades, muito em cima das especialidades que tinham alguma disponibilidade na região [...]. Então, nós fizemos o leque de 18 especialidades [...] e aí tem uma coisa que era importante que não era particularizando, o perfil que foi para uma foi para todas (E1).

Após a validação por parte do governo do estado acerca do “leque” (E1) ou “cardápio” (E3) construído pela equipe técnica da SESAB, seguia-se a etapa de apresentação do mesmo nas reuniões do consórcio interfederativo para conhecimento dos prefeitos. Segundo afirmou E3, a apresentação dos procedimentos e especialidades era apresentada pela equipe da Sesab, embora com posicionamentos críticos tendo em vista que as particularidades regionais não foram consideradas e faltou a discussão com profissionais de saúde regional e secretarias municipais de saúde.

Até o presente momento deste processo, os gestores municipais de saúde e a CIR não foram envolvidos, sendo este um ponto de conflito, visto que são estes os atores responsáveis técnicos pela área da saúde em seus respectivos territórios.

Identificou-se que a CIR e os secretários de saúde só foram inseridos após mobilização. Inicialmente, houve solicitação dos secretários junto aos seus respectivos prefeitos, sustentados pelo argumento da importância da participação do secretário de saúde por conhecer a realidade particular de cada município. Nesse sentido, E2 afirmou não terem (os secretários) ficado de “braços cruzados não, nós fomos pra dentro da discussão e aí começou todo processo de como ia ser feito o rateio de como ia ser feita a distribuição das vagas, de como seria, e aí nós começamos a nos inteirar do assunto e participar diretamente”(E2).

A partir da análise documental das atas da CIR Guanambi foi evidenciado que apenas 04, dentre as 10 atas de reuniões (2016-2019), apresentavam conteúdo relacionado ao período pré-implantação e definição de serviços ofertados da policlínica regional, todas (as quatro) tiveram relatos das ausências dos secretários de saúde municipais, nas discussões.

Na Ata da 2ª Reunião Ordinária da CIR ocorrida no dia 17 de abril de 2017, foi identificado o registro da queixa dos secretários municipais de saúde quanto a ausência dos mesmos nas discussões voltadas para implantação da Policlínica Regional do Alto Sertão.

Retoma a Sra X ,observando que com os avanços do SUS ao longo dos anos, os secretários municipais de saúde assumindo a Gestão, com Fundo Municipal de Saúde, com CNPJ próprio, com avanço da regionalização da saúde, com as instâncias colegiadas atuantes como CIR, CIB, COSEMS , os secretários estão discutindo as propostas e as políticas de saúde e o que se observa neste momento em relação a instalação do consórcio para discutir as especialidades médicas os secretários de saúde ficam fora da discussão, considera como um retrocesso na saúde e um desencontro na história do SUS (Doc3).

Na Reunião CIR ocorrida no dia 02 de junho de 2017, novamente o assunto relacionado às discussões da policlínica estarem ocorrendo sem a participação dos secretários de saúde foi abordado conforme registro a seguir:

Prosseguindo a Sra X toma a palavra acrescentando que houve também uma reunião em Salvador convocada pela UPB que teve como pauta a Policlínica[...]cita também que foi apontado que os Secretários de Saúde não tiveram uma participação efetiva na 1ª fase da implantação da policlínica, ficou muito centralizado apenas com a participação dos prefeitos, no entanto os técnicos da SESAB, estão tentando inverter a lógica garantindo a participação dos Secretários de Saúde. (Doc3)

Neste contexto e a partir do momento que os secretários municipais de saúde manifestaram seus descontentamentos em relação ao processo de tomada de decisões para implantação da Policlínica Regional no território articulando-se com os prefeitos, é que a CIR foi inserida no cenário de tomada de decisões.

[...] depois quando a gente começou a discutir o assunto aí a SESAB junto com a governadoria começou a nos ver e aí inclusive tem reuniões calorosas com a equipe técnica da SESAB e a CIR, porque aí nós fomos discutir termos técnicos do projeto né, [...] mas o importante é que assim tinha a nossa opinião ali dentro e ela tinha que ser ouvida [...] porque cabe a nós dar a nossa parcela de participação, depois dos nossos prefeitos dizer assim: não, vocês podem ter a discussão sim [...]. É lógico que parte sempre né do gestor municipal essa questão de permitir que o secretário inteire-se do assunto, porque é por isso que a gente foi atrás logo dos prefeitos porque se não fosse com ajuda deles a gente não entrava na discussão não (E2).

Daí a importância da relação de institucionalidade entre Consórcio e CIR no âmbito regional ser baseada no diálogo e consenso para que as decisões reverberem a satisfação das reais necessidades da população.

4.1.1 Definição da oferta de serviços

Diversos atores/setores envolvidos na definição da oferta de serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão foram apontados por E1 e E2: governadoria (inclusive com participação ativa do governador); uma equipe técnica da SESAB formada em sua maioria por enfermeiras e representantes de suas diversas diretorias; a PGE (Procuradoria Geral do Estado) e; a Casa civil; além dos Secretários Municipais de Saúde e profissionais da Atenção Básica.

Apenas 01 (um) dos entrevistados referiu à existência de uma comissão e o envolvimento da PGE e Casa civil neste processo e apenas 01 (um) à participação dos profissionais da APS, (E1 e E2 respectivamente). Com relação aos secretários de saúde, 02 (dois) mencionaram a participação na definição da oferta de serviços (E2 e E4), 01 não faz menção alguma destes atores (E1) e o outro (E3) afirma que não houve participação de atores regionais, para este, a definição da oferta de serviços foi unilateral.

Identificou-se que inicialmente “essa decisão de quais seriam os procedimentos e as especialidades que seriam atendidas veio diretamente do estado, a SESAB [...]” (E3). Neste contexto uma das preocupações da CIR em não participar das discussões acerca da implantação da policlínica e dos serviços que seriam ofertados estava relacionada à “superposição de oferta de serviços” (SOLLA e CHIORO, 2012) e a possibilidade das especialidades ofertadas não dialogarem com as necessidades reais dos municípios conforme relato abaixo:

[...] foram elencadas algumas especialidades como exemplo: ginecologia, obstetrícia, pediatria, no entanto alguns municípios já ofertam estas especialidades básicas, esclarecendo que talvez estaria amarrando recurso em especialidades que já são disponibilizadas pelos municípios [...] a ideia da policlínica é muito interessante, mas é preciso que seja bem discutida, é importante que os recursos sejam utilizados com as reais necessidades dos municípios, é importante que seja selecionadas e ofertadas as especialidades que os municípios não dispõem [...] (Doc3)

Como foi definido o elenco e quais os documentos que subsidiaram esta elaboração inicial das especialidades, aparentemente trata-se de uma informação que não ficou bem esclarecida para os entrevistados. Apenas 01 deles discorre sobre o assunto de forma mais detalhada citando um estudo realizado através de informações obtidas no sistema de informação ambulatorial (SIA/SUS) do Ministério

da Saúde (E1). Para E2 “o principal instrumento foi a PPI” e “o conhecimento das áreas técnicas do município, em especial a atenção primária e a regulação” após a participação dos secretários nas discussões. E4 informa que a definição dos serviços considerou as “queixas maiores dos secretários, e [...] a própria relação da lista única” onde os municípios cadastram algumas demandas, enquanto E3 não soube informar “se houve uma pesquisa de demanda aqui na região, eu não sei te falar [...]”.

Posteriormente a inserção dos secretários municipais de saúde nas discussões através da CIR e embora tenham ocorrido “discussões calorosas” (E2), o processo de definição da oferta de serviços da policlínica regional tornou-se mais democrático e participativo. Considerando-se a participação dos secretários de saúde e dos profissionais das áreas técnicas, principalmente da APS, algumas adequações no elenco inicial de especialidades foram realizadas, visto que foi solicitado aos municípios um levantamento das demandas municipais com elaboração de uma lista que foi encaminhada à SESAB, conforme trecho da entrevista a seguir:

[...] e aí após isso, não ficou apenas nessa ideia principal do estado e aí desceu para os municípios e para as bases regionais para que a gente olhasse realmente de fato se aquilo que estava sendo trazido, lá do estado, se realmente contemplava e aí nós também fomos observar com as áreas técnicas municipais, então foi pedido no período quais dos municípios, especialidades que necessitaria, que atenderia aquele vago assistencial naquele instante, e aí foi feita essa lista pelos municípios e foi encaminhado para eles né, aí eles lá observando trouxe isso com base no que eles já tinham elaborado, fazendo um paralelo com os municípios para chegar a realidade[...] (E2).

Entre 2017 e 2019 implementações na oferta de serviços ocorreram, para isto, foi necessário considerar o contrato de programa da policlínica, tendo em vista ser o consórcio uma estrutura jurídica de Direito Público por isso, “depois a gente faz um contrato programa [...] para a gente agregar mais médicos ou novas especialidades que não esteja listado, a gente tem que voltar na assembleia de prefeitos e criar o cargo” (E1).

Além das questões administrativas relacionadas ao contrato de programa, 02 entrevistados (E2 e E4) mencionaram que as adequações de ofertas dos serviços ocorreram considerando as necessidades dos municípios e para E1 esta implementação relaciona-se ao “*feeling* do secretário [...] e da quantidade de

exames, de pedidos que ele tem em cima da mesa dele [...]”. Ressalta-se que as discussões e deliberações ocorreram no âmbito da CIR, todavia foram encaminhadas para assembleia do consórcio (E2 e E4) tendo em vista que a “assembleia é majoritária”(E3).

4.1.2 Dificuldades, fragilidades e potencialidades no processo de definição e implementação da oferta

Todo processo prévio de implantação de serviços de saúde em determinado território principalmente os de atenção especializada ambulatorial, apresenta dificuldades, gera consensos e dissensos.

No caso da policlínica não foi diferente, em virtude de possuir uma abrangência regional este processo de definição de oferta, além de dificuldades técnicas envolveu questões relacionais entre os entes federados responsáveis pela sua gestão. Assim, no que tange às **dificuldades para o processo de definição da oferta** foram identificadas questões técnicas - relacionadas à operacionalização do serviço (recursos humanos, qualificação profissional, sistemas de marcação/informação) - e questões de natureza federativa - que envolveram a relação entre os entes federados (estado e municípios) nos processos decisórios de definição da oferta dos serviços da Policlínica Regional.

Algumas dificuldades que permearam este processo foram relatadas pelos entrevistados e encontram-se descritas no quadro 2 com as respectivas falas que as ratificam.

QUADRO 2: Principais dificuldades enfrentadas no processo de implantação da Policlínica Regional do Alto Sertão

| Dificuldades | Evidências |
|---------------------------------|--|
| Falta de especialidades médicas | <p>" [...] a questão do profissional é uma questão muito crítica, inclusive, [...] nós fazemos um movimento grande para conseguir as especialistas, mas varia muito a disponibilidade nas regiões de especialistas para trabalhar nas policlínicas, essa é uma questão" (E1).</p> <p>"[...] sofremos muito para conseguir nas regiões a disponibilidade desse técnico capaz de fazer tomografia, capaz de fazer tomografia com contraste, capaz de fazer tomografia de</p> |

| | |
|---|--|
| | algumas partes do corpo, então esse também é outro caminhar que foi inconstante porque às vezes tinha a tomografia e a gente não conseguia ofertar todos os exames por conta da falta de expertise do técnico de radiologia [...]” (E1). |
| Queixas da categoria médica acerca da remuneração e cumprimento da carga horária proposta | <p>[...] os médicos não queriam assumir pelo salário que tinha [...]” (E3).</p> <p>“Porque o profissional chegava e dizia assim: eu quero trabalhar, mas para trabalhar a semana inteira não, porque tem médico inclusive que trabalha em Salvador e se desloca para trabalhar lá e só assina contrato de 8 horas [...]” (E1).</p> |
| Fragilidades do Sistema de marcação/informação – SIGES | “[...] porque o estado apresentou um programa SIGES de marcação que teve muita falha no início, muita dificuldade [...]” (E3). |
| Distribuição de cotas por município | “[...] na distribuição né, da quantidade de procedimentos e de consultas para os municípios, porque teve várias listas [...]isso causou em nós um desconforto porque nós programávamos no município para aquilo e de repente ia mudando [...] ia diminuindo as quantidades [...]então isso foi uma dificuldade” (E2). |
| Falta de participação atores regionais nas etapas iniciais de discussão | <p>“A princípio foi de não discutir com os secretários municipais e as áreas técnicas da secretaria de saúde. Isso foi uma dificuldade ” (E2).</p> <p>“Existiu sim, porque nós não participamos dessa discussão, então isso para nós dentro da policlínica é uma dificuldade, porque criou-se um grupo de profissionais que conduzia lá em salvador, na SESAB, e nós do consórcio, prefeitos e o próprio presidente, nós não tínhamos na realidade acesso a isso, eles não abriam isso para a gente.”[...] o estado queria ditar a organização, o fluxo e o funcionamento, era como se o consórcio fosse apenas um oferecedor do recurso, uma forma do estado colocar o recurso para ir para lá. Mas, a impressão que dava era que o estado queria ele mesmo administrar a policlínica e houve alguns embates em relação a isso” (E3).</p> |

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas

De uma forma geral e considerando as falas dos entrevistados as dificuldades relacionadas a definição de oferta dos serviços da policlínica foram superadas. Várias ações e adequações foram realizadas sob a perspectiva de sanar ou pelo menos mitigar as dificuldades enfrentadas no processo para garantir o funcionamento do serviço na região.

Quanto à *falta de especialidades médicas*, foi resolvida contratando profissionais das especialidades que compunham o cadastro reserva “foi permitido [...] porque às vezes um médico que estava no quadro fixo, só quis 8 horas sobrava 8, aí contrata uma pneumologista de 8 horas, entendeu?” (E1).

Foi adicionada ao vencimento dos profissionais médicos “o valor cujo hoje é a produtividade, que é avaliação de desempenho[...]” (E3) como mecanismo compensatório para dirimir as *queixas da categoria médica acerca da remuneração*.

O *cumprimento da carga horária* foi uma outra dificuldade, visto que a pactuação inicial da carga horária do profissional médico no contrato de programa da policlínica era de 40 horas semanais, mas “[...] os especialistas não trabalham assim”, então foi realizado uma adequação de contrato permitindo “[...] contratar médicos de 8, de 12, de 16 ou 20 horas, porque aí foi possível se conseguir profissional” (E1).

A SESAB aperfeiçoou o Sistema de marcação resolvendo as *fragilidades do SIGES* inclusive para otimização da utilização das vagas por parte dos municípios:

A partir do momento em que o estado organizou e melhorou o sistema do SIGES, a partir do momento em que dentro do próprio sistema hoje, o SIGES, tem lá esse banco de consultas. Então assim, aquilo que ia ser perdido automaticamente já transfere tudo para o link lá, aí o marcador marcou todas as consultas dele, vamos supor que preencheu todas as cotas dele, mas ele ficou lá precisando de duas consultas com cardiologistas, aí aqueles municípios que não vão utilizar estão lá no banco, ela vai lá e puxa e consegue complementar o que ela precisava, com isso deixamos de perder procedimentos, perder consultas (E3)

As demais dificuldades citadas no quadro acima (*distribuição de cotas e a falta de participação de atores regionais nas etapas iniciais de discussão*) foram resolvidas ou mitigadas a partir da inserção da CIR nas discussões conforme já descrito nos subitens anteriores deste estudo.

Quanto às fragilidades relacionadas à oferta destes serviços através da policlínica regional de saúde sob a perspectiva dos entrevistados pode-se observar no quadro 3 a seguir:

QUADRO 3: Fragilidades da oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão

| Fragilidades | Evidências |
|---|--|
| Oferta insuficiente e/ou inadequada e/ou sobreposição de oferta de serviços | <p>“[...] não atender totalmente a demanda [...] e também esses procedimentos que existiam que deixou de existir por algum momento por falta de profissional” (E2).</p> <p>“[...] fazer uma nova reavaliação das especialidades que precisa, porque muitas vezes os municípios estão utilizando, mas as especialidades, às vezes não têm a demanda que precisa para ocupar todas as vagas que são ofertadas” (E3).</p> <p>“[...] existia sim essa questão de sobrepor, um município já tinha especialidade [...] mas muitas vezes perdia vaga porque ele não tinha necessidade, isso aconteceu. ” (E3)</p> |
| Solicitação desnecessária de consultas e exames | <p>“[...] médico lá do PSF tem que solicitar o exame para aquele paciente que está necessitando, ter uma indicação de fazer [...]” (E3)</p> |
| Comunicação entre municípios x policlínica | <p>“[...] é essa comunicação dos municípios, ainda precisa ser melhorada mais essa comunicação, juntamente com a direção da policlínica”(E4)</p> |
| Financeira | <p>“[...] essa é hoje uma grande fragilidade da policlínica, a inadimplência” (E3)</p> <p>“[...] tem muitos municípios que ocorre muitos atrasos do repasse desse recurso” (E4)</p> <p>“[...] esses equipamentos vão realmente sofrer um desgaste e são equipamentos caros, [...] deveria ter um saldo de caixa separado para [...] investir nos equipamentos se houvesse necessidade e para consertar” (E3);</p> <p>“[...] porque máquinas, equipamentos, tudo precisa ter as manutenções, tem todo um custo [...]” (E4).</p> |
| Baixa resolutividade da APS | <p>“[...] mesmo os municípios que tem 100% de cobertura, [...] lá na ponta ele não funciona como deveria tá funcionando” (E4).</p> |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas

A oferta insuficiente foi relatada por E2 como fragilidade considerando que as vagas disponibilizadas não supriram totalmente a demanda existente na região,

além disso, em determinados momentos alguns procedimentos e especialidades deixaram de ser ofertados conforme pactuação prévia pela carência de profissionais, apontada anteriormente como dificuldades enfrentadas no período de implantação.

Esta oferta insuficiente ocasionada pela carência de profissionais pode ser influenciada pela frágil percepção da gestão municipal acerca da importância da regionalização da saúde e gestão solidária para adequação da oferta de serviços na policlínica regional. Visto que existem municípios que contratam profissionais médicos especialistas para atendimento exclusivo em seu município, quando “poderia perfeitamente não ter esse médico, porque forçaria esse médico a atender na policlínica” (E1) ofertando o serviço de forma regionalizada com a mesma carga horária exercida no município.

A *inadequação da oferta* foi indicada por E3 quando destacou a necessidade de um novo diagnóstico das necessidades de saúde do território com vistas a adequar a oferta dos serviços da policlínica à realidade local. A ocorrência de *sobreposição de oferta dos serviços*, também foi relatada, municípios que já dispunham de determinados profissionais/especialidades em seu quadro funcional e este mesmo serviço era ofertado na policlínica, tal situação foi apontada como um dos motivos de perdas das vagas disponibilizadas pela policlínica.

O entrevistado E4 aborda a necessidade que a *comunicação entre a policlínica e os municípios* seja mais eficaz, referindo-se justamente à necessidade de se discutir a adequação da oferta com ampliação dos serviços ou substituição daqueles que são pouco utilizados por outros considerados de maior relevância para a região.

A *questão financeira* foi abordada por dois entrevistados, sob dois aspectos: a *inadimplência dos municípios* e a *garantia da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos* utilizados na policlínica. Acerca disso E3 sugere que uma possível solução para não sobrecarregar os municípios seria a inversão dos percentuais pagos pelos entes federados para manutenção da policlínica “o estado ao invés de participar apenas de 40% com o recurso de custeio, passar a participar com 60% e os municípios com 40%” (E3).

A *baixa resolutividade da APS* foi identificada como fragilidade tendo em vista que “hoje tudo tem que passar pela rede da atenção primária, porque se a gente tem uma rede da atenção primária fortalecida dentro do território, a gente consegue resolver muita coisa na saúde” (E4), a sua atuação influencia diretamente nos

demais níveis de complexidade. Todavia o entrevistado apresenta um paradoxo, municípios com excelente cobertura (100%), mas que na prática não refletem os resultados esperados referindo-se as equipes de Saúde da Família.

Ainda em diálogo com a baixa resolutividade da APS uma outra fragilidade foi indicada nas entrevistas: a *solicitação desnecessária de exames* de média complexidade. Neste aspecto, a importância da APS relaciona-se à utilização racional das vagas ofertadas na policlínica, conforme a fala de E3 descrita no quadro acima expondo que o profissional que atende o usuário na unidade básica de saúde deve considerar apenas a necessidade do mesmo para solicitação de exames e procedimentos contribuindo inclusive para efetivação do princípio da equidade do SUS.

A preocupação da SESAB com a qualificação do acesso dos usuários aos serviços da policlínica foi relatada por E4 que sinalizou a realização de oficinas com os profissionais da APS com o objetivo de que o fluxo de acesso ocorresse prioritariamente através deste nível de atenção. Ainda segundo o entrevistado estas oficinas foram construídas pelos Apoiadores Institucionais da Diretoria da Atenção Básica – DAB/SESAB juntamente com os apoiadores regionais da APS do NRS Sudoeste – BRS Guanambi.

Nas oficinas foi apresentado o protocolo de acesso que definia os critérios de referência para cada especialidade/exame e as condutas que os serviços municipais deveriam prestar aos usuários previamente ao encaminhamento com o objetivo de mitigar os problemas já previstos com as solicitações desnecessários e a baixa resolutividade da APS.

Estas questões abordadas no período pré-implantação relacionadas à APS e policlínica foram pautadas posteriormente em 2019 na reunião CIR (09/08) com apresentação dos apoiadores institucionais da APS da BRS Guanambi e da DAB/SESAB sobre a importância da qualificação do processo de trabalho das equipes “para executar ações dentro do território cujo planejamento das ações da atenção primária devem obedecer a PNAB [...] através de um cuidado longitudinal, integrado as redes de atenção saúde”. Além disso, a necessidade de “organizar fluxo da atenção básica para trabalhar com a policlínica regional de Guanambi”, e de melhorar a comunicação entre a policlínica e a APS municipal visto que “a comunicação não está acontecendo com a policlínica e a atenção básica” (Doc3).

Sobre as **potencialidades para a oferta e utilização dos serviços**, o quadro 4 apresenta:

QUADRO 4: Potencialidades para a oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão

| Potencialidades | Evidências |
|---|---|
| Fortalecimento da APS | “[...] fortalecimento para a atenção primária, o diagnóstico precoce, nos atendimentos às demandas de dentro do próprio território” (E2). |
| Preenchimento do “vazio assistencial”- garantia da oferta de serviços na área de abrangência regional | “[...] um grande vazio assistencial que tínhamos dentro da região, isso foi minimizado uma parte né” visto que ao tratar-se de serviços de atenção especializada “pode inserir vários, ele nunca vai ser o suficiente pra atender a população né, em decorrência os grupos de risco que estão sempre aumentando” (E4). [...] aqueles pacientes que não tinha acesso dentro da rede e a dificuldade que o gestor tinha de marcar, para se locomover também esses pacientes de uma cidade pra outra, ou pra Vitória da Conquista, ou pra Salvador, ou Itabuna mediante aonde surgisse as vagas e mediante essas pactuações também. Então, isso favoreceu muito de ter um serviço já dentro da região [...] (E4) |
| Acesso mais equânime dos usuários do Sistema Único de Saúde aos serviços de média complexidade: | [...] quando eu comecei não existia a policlínica, o paciente às vezes precisava de uma consulta de especialista e ia atrás do prefeito para eu autorizar, e às vezes a gente nem sabia para onde mandar, às vezes não tinha nem legalidade para pagar, não tinha como pagar um exame para o paciente[...]” (E3). |
| Gestão consorciada dos serviços e Economia de escala | “[...] através da policlínica e consórcio podem ser ofertados outros serviços, [...] contratar um hospital particular ou uma unidade pública de um município que tenha condições de estrutura, contratar um profissional e ir lá atender no âmbito [...] de procedimentos que é um gargalo muito grande para os municípios da região, [...] poderia colocar um dinheiro no consórcio, eleger uma estrutura hospitalar que tenha condições de executar aquele serviço, contrata profissionais e opera toda a demanda que tiver, isso a cada 15 dias ou toda semana [...]. Além disso, toda a gestão é consorciada de tudo, medicamento, não comprar só para a policlínica, [...] você vai comprar medicamento para um município, você compra para 22 junto com a policlínica o preço vai lá embaixo, existem várias perspectivas que eu acho que consórcio não foi criado apenas para gerir uma policlínica [...]”(E3) |

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas

A *APS como potencialidade* foi referida por E2 considerando-se o *fortalecimento da APS*, visto que a policlínica garantiu acesso aos usuários a serviços que viabilizam o diagnóstico precoce de doenças e agravos, atendendo as demandas dentro do próprio território da região de saúde.

A grande potencialidade identificada por E4 foi o *preenchimento do vazio assistencial* referente aos serviços de média complexidade ambulatorial na região. Entretanto, o entrevistado relata que as condições crônicas de saúde têm aumentado significativamente ao longo dos anos e correlaciona tal situação ao aumento do consumo de serviços de média complexidade enfatizando que a oferta deste tipo de serviço nunca será suficiente.

A garantia do *acesso mais equânime aos usuários do SUS aos serviços de média complexidade* foi sinalizada como um dos ganhos potenciais alcançados pela região de saúde a partir da implantação da policlínica regional, para E3 antes desta unidade ser instalada no território este acesso era mediado por processos paralelos, peregrinação do usuário aos gabinetes solicitando intervenções políticas, aquisição do serviço na rede privada, tudo isto acontecendo sob o risco de comprometimento da gestão pública municipal, visto que “às vezes não tinha nem legalidade para pagar [...] um exame para o paciente” (E3).

A *gestão consorciada* e a *economia de escala* produzida por esta modalidade de gestão foram mencionadas como potencialidades, E3 defende inclusive a ampliação dos serviços geridos pelo consórcio, sugerindo que este é subutilizado administrando apenas a policlínica.

Embora a implantação da policlínica regional e a definição dos serviços a serem ofertados tenham sido precedidas de várias discussões, dificuldades e tensionamentos, um ponto de unanimidade foi identificado entre os entrevistados, quando questionados se as expectativas com a implantação da policlínica regional foram alcançadas eles foram unânimes: "Sim, foram alcançadas sim. Na verdade, a policlínica hoje como um projeto, ele é um projeto exitoso..."(E1); “[...] então no meu ponto de vista atendeu sim as expectativas.” (E2); “Sim, com certeza. ” (E3); "Sim, elas foram alcançadas [...]" (E4).

4.2 PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DA POLICLÍNICA REGIONAL DO ALTO SERTÃO (2017-2019)

A caracterização do perfil de oferta e utilização de serviços da Policlínica Regional do Alto Sertão (2017-2019) foi subsidiada pela análise dos relatórios gerados pelo Sistema Integrado de Gestão em Saúde – SIGES (Doc1), além de relatórios construídos pela assessoria técnica da instituição para avaliação e monitoramento da produção mensal (Doc2).

Ao iniciar esta sessão vale a pena sinalizar que foram identificadas duas situações que precisam ser consideradas: (1) Fragilidades apresentadas pelo SIGES, principalmente no mês subsequente à implantação da policlínica na região (dez 2017), tal condição foi relatada no conteúdo das entrevistas como uma das fragilidades do período de implantação e que teve uma interferência significativa quanto ao quantitativo de vagas perdidas de consultas e exames e; (2) os dados⁵ disponibilizados no Relatório de Monitoramento Geral diferem nas categorias agendado, atendido, faltosos e vagas perdidas daqueles encontrados nos Relatórios Indicador, consultas pactuadas e ofertadas e do Indicador exames pactuados e ofertados.

4.2.1 Consolidado das consultas e exames em geral (2017-2019)

Conforme dados do SIGES informados no Relatório de Monitoramento foram ofertadas 79.816 consultas distribuídas em 18 especialidades médicas que foram agregadas no período de dez/2017 a 2019.

Em 2017 foram ofertadas 4.124 consultas, agendadas 605 e atendidas 511. O número total de vagas perdidas neste ano foi de 3.613 destas, 94 são correspondentes aos faltosos. Neste período o percentual de utilização das consultas foi de apenas 12,39% e a taxa de absenteísmo equivalente a 15,54%.

⁵Uma hipótese pode ser o fato de que existem consultas, procedimentos e exames disponibilizados dentro da Policlínica, considerados de demanda interna (BAHIA, 2017), cuja solicitação segundo o Protocolo de acesso das Policlínicas regionais ocorrem exclusivamente pelos profissionais da Policlínica, já que não foram identificados nos registros contidos no Relatório de Monitoramento Geral de consultas e exames, emitido pelo SIGES.

Vale ressaltar que as informações refletem a produção do mês de dezembro, visto que a policlínica foi implantada na região no final de novembro 2017, além disso como já foi descrito no início deste capítulo, o SIGES apresentou algumas fragilidades que interferiram diretamente no processo de agendamento das consultas para os municípios, conseqüentemente no quantitativo de vagas perdidas.

Em 2018, a produção já corresponde aos doze meses e, por isso, o quantitativo de consultas ofertadas cresceu expressivamente chegando a um total de 36.605 consultas, todavia foram agendadas 26.870 e atendidas 23.901 consultas. Foram 12.604 vagas perdidas destas, 2.969 referem-se aos faltosos. O percentual de utilização foi de 65,47% com uma taxa de absenteísmo em torno de 11,05 %.

Em 2019, mais uma vez a oferta de consultas apresenta aumento com uma ampliação de aproximadamente 7,34% em relação ao ano anterior. Em números absolutos foram ofertadas 39.187 consultas com agendamento de 36.083 e efetivamente atendido 32.543. Foram 6.644 vagas perdidas sendo que 3.540 tratam-se dos faltosos. O aproveitamento das vagas apresentou uma melhora significativa com percentual de utilização chegando a 83,05% e a taxa de absenteísmo também foi a menor no período estudado 9,81%.

O quadro 5 apresenta uma síntese das informações e evidencia que no período e de uma forma geral o quantitativo de vagas ofertadas foram abaixo da pactuação, os agendamentos abaixo das ofertas e os atendimentos seguindo esta tendência reducional ficaram abaixo do quantitativo agendado. Entre dez/2017 e 2019 foram ofertadas 79.816 consultas, 63.558 agendadas e atendidas 56.955. O total de vagas perdidas neste período foi de 22.861 consultas, sendo 6.603 faltosos. O percentual de utilização foi de aproximadamente 71,36% com a taxa de absenteísmo de 10,39%.

QUADRO 5: Percentual anual de utilização, perda e absenteísmo conforme número de consultas por pactuadas, ofertadas, agendadas, atendidas, vagas perdidas, faltosos (2017-2019)

| ANO | PACTUADO | OFERTADO | AGENDADO | ATENDIDO | FALTOSOS | VAGAS PERDIDAS | % VAGAS UTILIZADAS | % VAGAS PERDIDAS | TX GERAL DE ABSENTEÍSMO |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------------------------|
| 2017 | 4024 | 4124 | 605 | 511 | 94 | 3613 | 12,39 | 87,61 | 15,54 |
| 2018 | 36966 | 36505 | 26870 | 23901 | 2969 | 12604 | 65,47 | 34,53 | 11,05 |
| 2019 | 41712 | 39187 | 36083 | 32543 | 3540 | 6644 | 83,05 | 16,95 | 9,81 |
| TOTAL | 82702 | 79816 | 63558 | 56955 | 6603 | 22861 | 71,36 | 28,64 | 10,39 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SIGES (Relatório de monitoramento geral 2017-2019)

A Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão além de consultas especializadas, oferta exames e procedimentos, ao todo são 18 tipos⁶ de exames e procedimentos que foram acrescidos entre dez/2017 e 2019. Em termos gerais a descrição da oferta e utilização destes serviços assemelha-se com a realizada anteriormente em relação às consultas.

Os dados de 2017 apenas refletem a oferta e produção do mês de dezembro, revelando reduzida taxa de utilização (10,29%) e alta taxa de absenteísmo (22,75%). Quanto aos anos de 2018 e 2019, observa-se crescimento na oferta e na taxa de utilização e uma redução da taxa de absenteísmo que manteve-se próximo a 10,5% com variação de apenas 0,2% entre os anos.

Em síntese, entre 2017 e 2019 foram ofertados 93.487 exames e procedimentos, agendados 65.914 e atendidos 58.894. Assim como em relação às consultas o quantitativo agendado foi inferior ao ofertado, da mesma forma que o quantitativo atendido foi inferior ao agendado. O percentual de utilização geral foi de 63,00%. As perdas de exames e procedimentos no período (dez/2017 a 2019) foi expressiva correspondendo a um total de 34.593 exames/procedimentos (37,00% do valor total ofertado) e a taxa de absenteísmo de 10,65% referente a 7.020 faltosos (Quadro 6).

QUADRO 6: Percentual anual de utilização, perda e absenteísmo conforme número de exames por pactuados, ofertados, agendados, atendidos, vagas perdidas, faltosos (2017-2019)

| ANO | PACTUADO | OFERTADO | AGENDADO | ATENDIDO | FALTOSOS | VAGAS PERDIDAS | % VAGAS UTILIZADAS | % VAGAS PERDIDAS | TX GERAL DE ABSENTEÍSMO |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|----------------|--------------------|------------------|-------------------------|
| 2017 | 2508 | 2508 | 334 | 258 | 76 | 2250 | 10,29 | 89,71 | 22,75 |
| 2018 | 43630 | 40698 | 25754 | 23023 | 2731 | 17675 | 56,57 | 43,43 | 10,60 |
| 2019 | 52079 | 50281 | 39826 | 35613 | 4213 | 14668 | 70,83 | 29,17 | 10,58 |
| TOTAL | 98217 | 93487 | 65914 | 58894 | 7020 | 34593 | 63,00 | 37,00 | 10,65 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SIGES (Relatório de monitoramento geral 2017-2019)

⁶Foi identificado no relatório analisado (Indicador exames pactuados e ofertados) um procedimento nomeado com CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA, embora apresente produtividade (pactuado 206, ofertado 268, agendado, 140 e atendido 119), não foi considerado na análise visto que possui uma nomenclatura generalizada não sendo possível realizar nenhum tipo de correlação e por não caracterizar-se como exame/procedimento.

4.2.2 Oferta e utilização de consultas por especialidades médicas (2017-2019)

As informações sobre oferta e utilização das consultas, detalham o quantitativo de vagas disponibilizadas, bem como a utilização, perda e taxa de absenteísmo especificamente de cada especialidade médica. Convém esclarecer que as consultas/exames/procedimentos de demanda interna não foram consideradas, pois as informações contidas nos relatórios não foram suficientes para subsidiar a análise da oferta e utilização destes serviços.

Em dez/2017⁷, mês subsequente a implantação da policlínica no território, foram ofertadas 2.722 vagas distribuídas inicialmente em 06 especialidades (cardiologia, cirurgia geral, gastroenterologia, ginecologia e obstetrícia, mastologia e urologia), com 439 atendimentos efetivados.

A maior oferta de consultas foi na área de ginecologia e obstetrícia com 703 vagas. Cardiologia (673), seguida de cirurgia geral, em quarto lugar mastologia (345), em quinto lugar em oferta encontra-se urologia (327) e em sexto, gastroenterologia (322).

A especialidade com melhor utilização destas vagas foi urologia com 27,83% de aproveitamento e a que apresentou o menor percentual de utilização foi cirurgia geral com 8,52%.

Foram perdidas 2.283 vagas, sendo que 94 são faltosos. Considerando a oferta e os atendimentos gerais das 06 especialidades, em 2017 a taxa de utilização ficou em apenas 16,13%, com perda de 83,87% e uma taxa de absenteísmo de 15,06%.

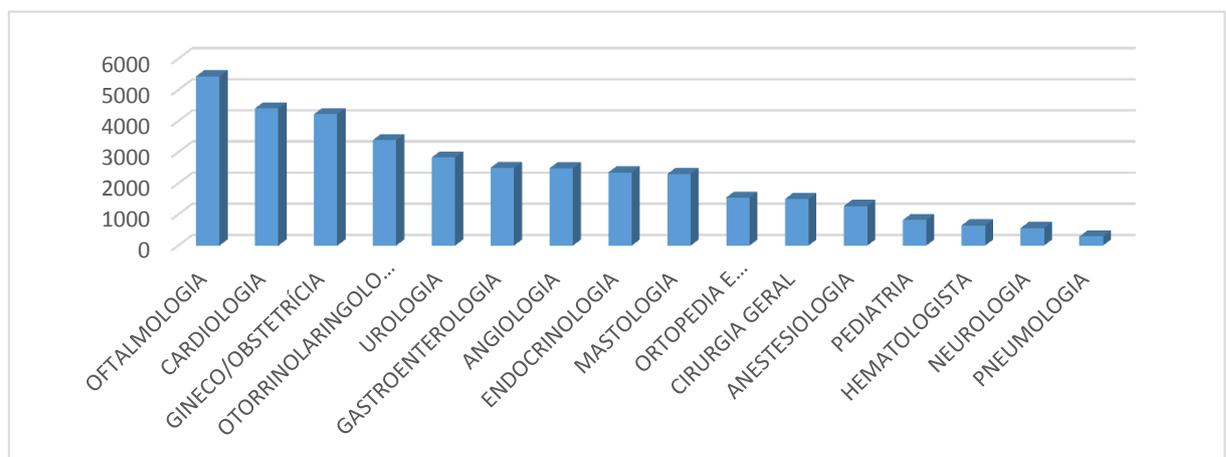
Nos anos de 2018 e 2019 foram considerados os dados descritos nas categorias pactuados, ofertados, agendados e atendidos, contidos no relatório do SIGES, pois observou-se uma estabilidade das informações do sistema. Quanto ao Relatório de produtividade interno da policlínica foram consideradas as informações

⁷A análise da oferta e utilização das vagas de consulta e exames para o ano de 2017 (dezembro) foram realizadas com base nos dados dos Relatórios: Indicador consultas pactuadas e ofertadas emitido pelo SIGES e do Relatório de Produtividade interno da policlínica, em uma relação de complementariedade. Pelo sistema de informação teriam sido ofertadas 09 especialidades, todavia 03 delas (Angiologia, Endocrinologia e Oftalmologia) não apresentam atendimentos, no Relatório interno da policlínica são ofertadas apenas 06 especialidades. Se para o ano de 2017 fosse considerado apenas o Relatório do SIGES, haveria uma perda de vaga com relação a estas 03 especialidades de 1.210 consultas, interferindo negativamente nos percentuais de utilização, visto que seriam computadas como oferta, mas não como atendimentos.

apenas para contabilização dos faltosos, visto que esta categoria não é disponibilizada no Relatório mencionado acima disponibilizado no SIGES.

Quanto aos dados de 2018, o quantitativo de vagas ofertadas foi bastante expressivo, 36.505 consultas. Por especialidade, o quantitativo decrescente de oferta foi para oftalmologia (5.436), cardiologia (4.402), ginecologia e obstetrícia (4.213), otorrinolaringologia (3.386), urologia (2.825), gastroenterologia (2.496), angiologia (2.479), endocrinologia (2.348), mastologia (2.294), ortopedia e traumatologia (1.540), cirurgia geral (1.494), anestesiologia (1.270), pediatria (818), hematologia (649), neurologia (562), pneumologia (293). Cabe destacar que desde a sua implantação em novembro de 2017, foram incorporadas novas especialidades - anestesiologia, hematologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia - totalizando um elenco de 16 especialidades no ano de 2018, sendo, portanto, realizados 27.157 agendamentos e 23.315 atendimentos. A distribuição das vagas ofertadas por especialidade é demonstrada no gráfico 1.

GRÁFICO 1: Vagas ofertadas por especialidade, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018.

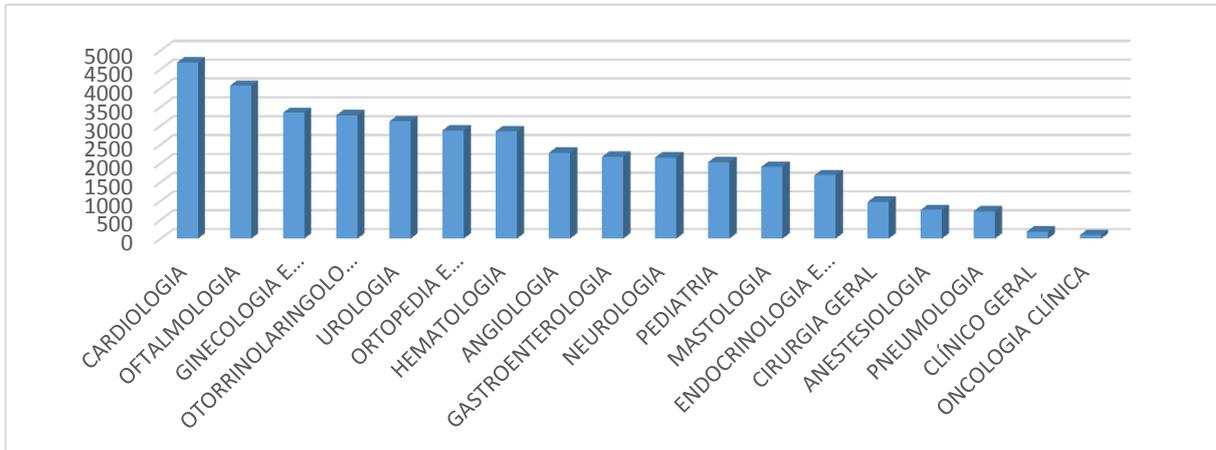


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2018.

Em 2019, foram adicionadas mais 02 especialidades, clínica geral e oncologia clínica ambas com oferta inicializadas em setembro. A especialidade com o quantitativo maior de vagas ofertadas foi cardiologia (4.675), oftalmologia (4.060), ginecologia e obstetrícia (3.342), otorrinolaringologia (3.276), urologia (3.116), ortopedia e traumatologia (2.877), hematologia (2.853), angiologia (2.280), gastroenterologia (2.173), neurologia (2.158), pediatria (2.033), mastologia (1.908), endocrinologia (1.684), cirurgia geral (974), anestesiologia (762), pneumologia (730),

clínico geral (188) e oncologia clínica (97). O gráfico 2 ilustra a distribuição de vagas ofertadas por especialidade em 2019.

GRÁFICO 2: Vagas ofertadas por especialidade, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2019.

Com relação a 2018, as cinco primeiras especialidades com maior número de vagas ofertadas, permaneceram as mesmas apenas com a inversão entre o primeiro e o segundo lugar que em 2019 passou a ser ocupado por cardiologia e oftalmologia respectivamente. Chama atenção a ampliação do quantitativo de vagas ofertadas em 2019 para ortopedia e traumatologia, hematologia, neurologia e pediatria e a redução em endocrinologia.

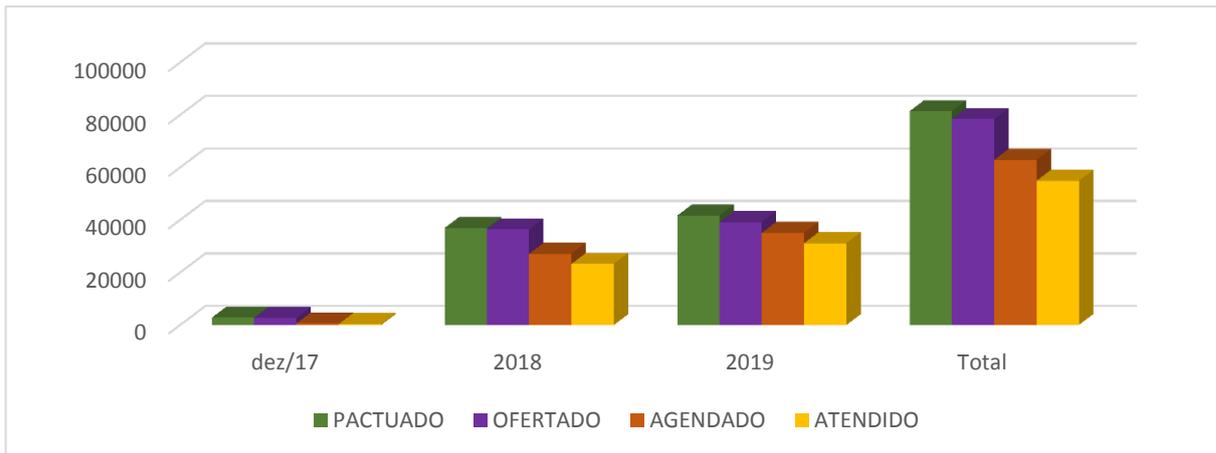
As consultas especializadas assim como os demais serviços da policlínica devem ser ofertados de acordo aos valores pactuados, estes por sua vez foram definidos no processo de discussão que antecedeu a implantação da policlínica na região de saúde de Guanambi. Segundo informações trazidas nas entrevistas, as cotas de cada município foram fixadas com base (1) no critério populacional: “foi pela população do município, como se fosse *per capto* né, tinha um percentual de acordo com a população”. (E2); (2) capacidade dos recursos humanos na execução dos serviços disponibilizados: [...] dependendo da capacidade do próprio profissional quanto da capacidade da máquina de poder fazer os exames. (E2) e (3) capacidade instalada de equipamentos:

[...]eu vou dar um exemplo da máquina de ressonância pra gente pegar isso como base [...], a máquina de ressonância tinha capacidade de fazer, exemplo, de fazer 20 ressonâncias por dia, então esse valor de 20 ressonâncias por dia calculado sobre a quantidade de dias úteis tá,

quantidade de dias úteis, e aí, qual o total, qual a capacidade da máquina durante o mês, após isso, era feito como, quantos municípios tem na regional, aí isso era calculado depois do total dos 22 municípios e distribui isso proporcionalmente ao número de habitantes[...] (E2).

Em dez/2017 foram pactuadas 2.814 vagas, ofertadas 2.722, agendadas 624 e atendidos 439. Para 2018, o valor pactuado de consultas especializadas foi de 36.966, o ofertado 36.505, agendado 27.157 e atendido 23.315. Em 2019, o quantitativo de consultas pactuadas foi de 41.712, ofertados 39.187, agendados 35.143 e atendidos 31.185. Observa-se que de uma forma geral, os quantitativos ofertados foram menores quando comparados aos valores pactuados, com agendamentos abaixo do quantitativo ofertado conforme representado sinteticamente no gráfico 3.

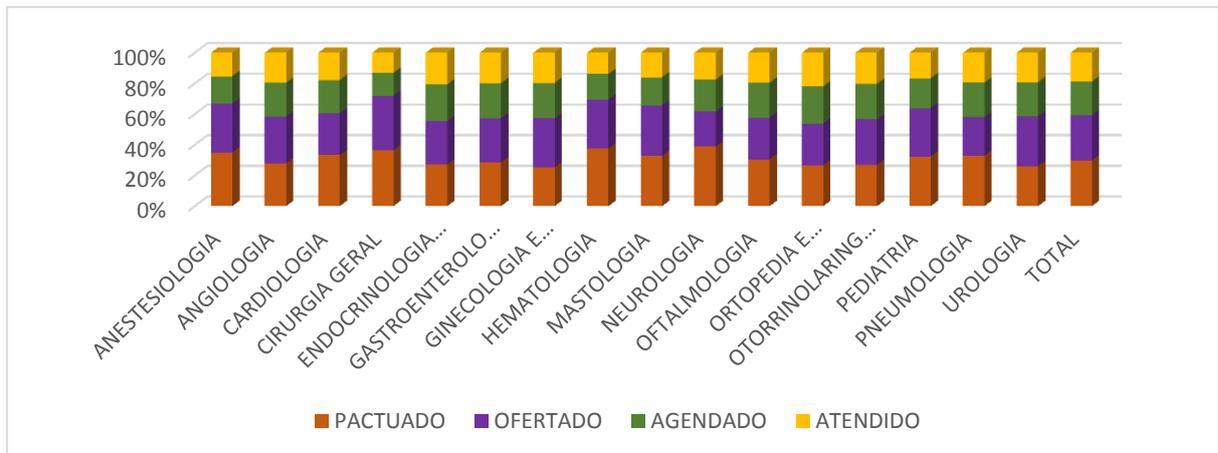
GRÁFICO 3: Relação pactuado, ofertado e agendado Policlínica Regional do Alto Sertão, 2017-2019.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2017-2019

Entretanto, quando avaliada esta relação anual pactuado e ofertado por especialidade é possível observar em 2018 (Gráfico 4) que em determinadas especialidades a oferta foi maior do que o valor pactuado. Isto acontece discretamente com angiologia (pactuado 2.280 – ofertado 2.479), endocrinologia (pactuado 2.280 – ofertado 2.348), mastologia (pactuado 2.280 – ofertado 2.294), ortopedia e traumatologia (pactuado 1.520 – ofertado 1.540), otorrinolaringologia (pactuado 3.072 – ofertado 3.386) e mais expressivamente em urologia (pactuado 2.280 – ofertado 2.825) e ginecologia e obstetrícia (pactuado 3.348 – ofertado 4.213).

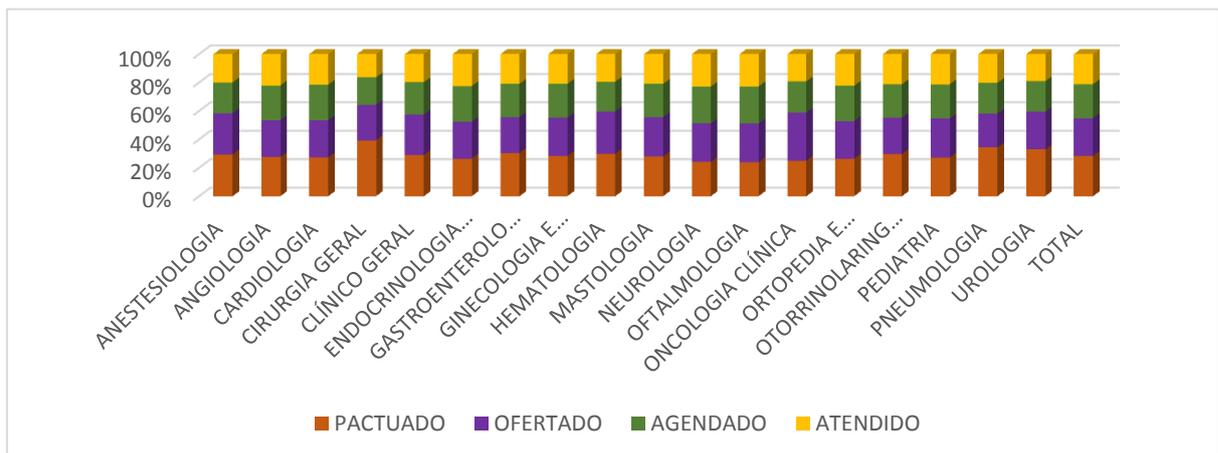
GRÁFICO 4: Relação pactuado, ofertado e agendado por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2018.

A mesma situação ocorreu em 2019 (gráfico 5) com as seguintes especialidades: oncologia clínica (pactuado 72 – ofertado 97), pediatria (pactuado 2.016 – ofertado 2.033), neurologia (pactuado 1.920 – ofertado 2.158) e oftalmologia (pactuado 3.564 – ofertado 4.060).

GRÁFICO 5: Relação pactuado, ofertado por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019



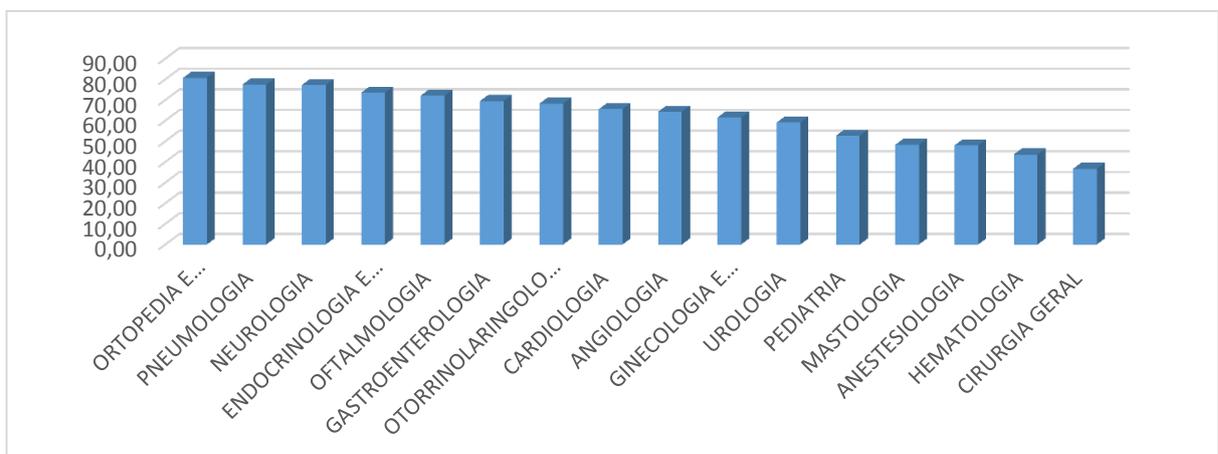
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2019.

Com base na análise das informações apresentadas nos gráficos (4 e 5) dos anos de 2018 e 2019 que apresentam a relação pactuado, ofertado, agendado e atendido é possível identificar que os agendamentos das consultas permaneceram inferiores ao quantitativo de vagas ofertadas durante todo o período, ou seja, a demanda municipal por consultas especializadas, foi menor do que oferta de vagas.

O percentual de utilização corresponde à relação do número de atendimentos realizados por especialidade e o quantitativo ofertado, configurando-se no aproveitamento efetivo do serviço. Em dez/2017 o percentual geral de utilização de consultas considerando as 06 especialidades ofertadas foi de 16,13%, das 2.722 consultas ofertadas, foram agendadas pelos municípios um quantitativo de 624 e efetivamente atendidas ou utilizadas 439 com uma perda de 2.283 consultas. A especialidade com melhor percentual de utilização foi urologia com 27,83% e cirurgia geral a que menos utilizou as vagas ofertadas (8,52%). Mastologia foi a especialidade com a maior taxa de absenteísmo com 28,85%, a menor foi cardiologia com 10,80%.

No ano de 2018, foram ofertadas o total de 36.505 consultas em 16 especialidades médicas com 23.315 atendimentos. No gráfico 6 está representado em ordem decrescente as especialidades e seus respectivos percentuais de utilização conforme descrito a seguir: ortopedia e traumatologia (80,71%), pneumologia (77,47%), neurologia (77,22%), endocrinologia (73,55%), oftalmologia (72,08%), gastroenterologia (69,51%), otorrinolaringologia (68,22%), cardiologia (65,54%), angiologia (64,30%), ginecologia e obstetrícia (61,52%), urologia (59,12%), pediatria (52,69%), mastologia (48,30%), anestesiologia (48,03%), hematologia (43,61%) e cirurgia geral (33,68%). No gráfico 7 está representado os percentuais de utilização de cada especialidade.

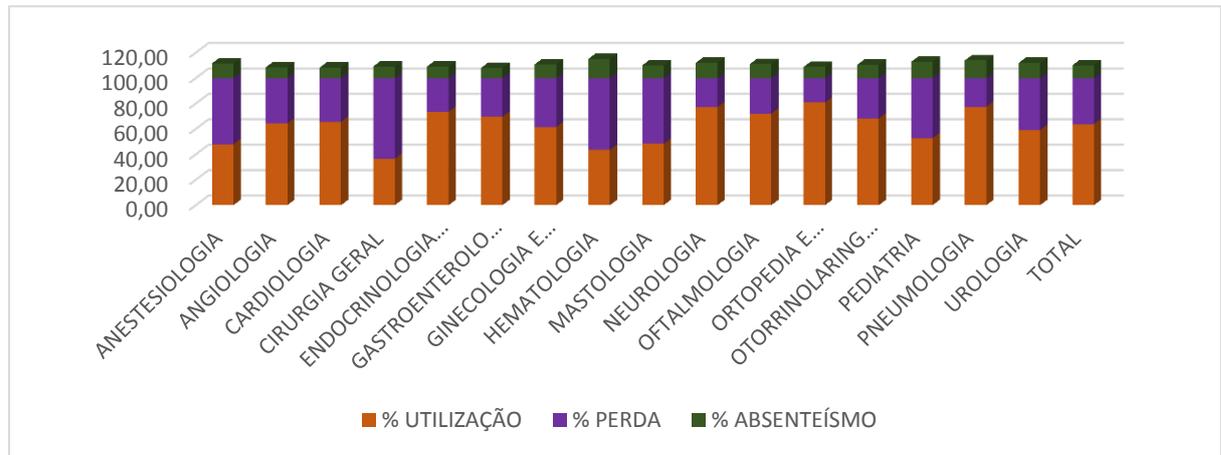
GRÁFICO 6: Percentual de utilização por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2018

As informações contidas no gráfico 07 evidencia o crescimento no percentual de utilização das vagas ofertadas por especialidade e da taxa anual de absenteísmo. Todavia, ainda é expressivo o percentual de perdas das consultas 36,13% correspondendo a 13.190 vagas perdidas em 2018. Sobre os índices de absenteísmo por especialidades estes variaram entre 7,89% (gastroenterologia) a 15,12% (hematologia).

GRÁFICO 7: Percentual de utilização, vagas perdidas e taxa de absenteísmo por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018

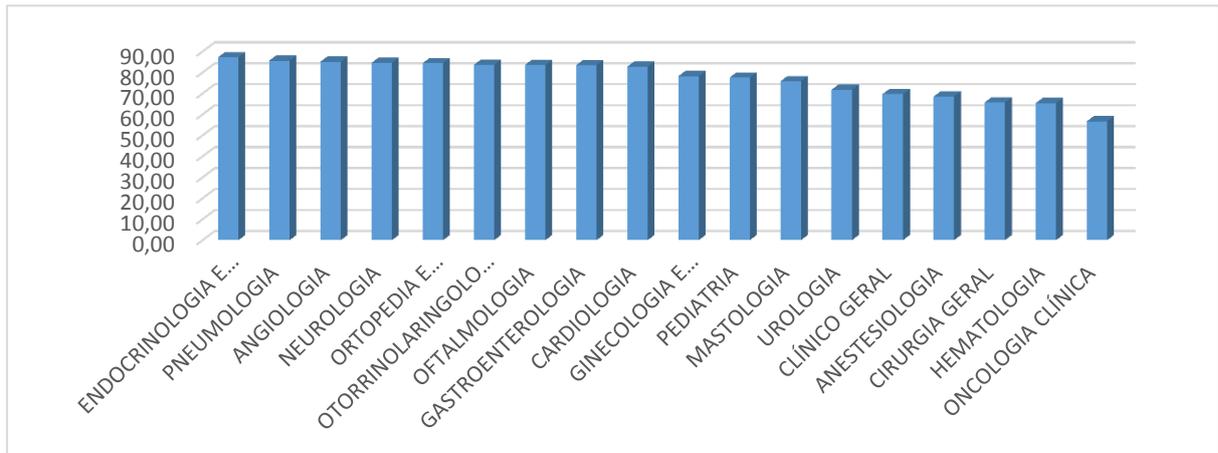


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2018 e Relatório de produtividade interno da policlínica (DOC2).

No ano de 2019, as ofertas das consultas aumentaram e a utilização das vagas melhorou significativamente, também foram acrescentadas mais duas especialidades: clínica geral e oncologia clínica, perfazendo o total de 18 especialidades.

No gráfico 8 está representado o percentual de utilização das especialidades disponibilizadas, a que apresentou melhor aproveitamento foi endocrinologia e metabologia (87,23%), pneumologia (85,62%), angiologia (85,09%), neurologia (84,57%), ortopedia e traumatologia (84,39%), otorrinolaringologia (83,61%), oftalmologia (83,57%), gastroenterologia (83,43%), cardiologia (82,74%), ginecologia e obstetrícia (78,22%), pediatria (77,52%), mastologia (75,79%), urologia (71,73%), clínico geral (69,68%), anestesiologia (68,50%), cirurgia geral (65,71%), hematologia (65,37%) e oncologia clínica (57,70%). Entretanto, o percentual para clínica geral corresponde a sua oferta a partir de setembro e para oncologia, a oferta corresponde apenas ao período de setembro-novembro.

GRÁFICO 8: Percentual de utilização por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2019

Ao analisar perfil de utilização no ano de 2019 em relação a 2018 é possível perceber uma mudança quanto as especialidades que tiveram um maior aproveitamento das vagas. Endocrinologia assume a liderança em utilização das vagas ofertadas, posição ocupada anteriormente por ortopedia; e angiologia saiu da nona posição em 2018 e tornou-se a terceira especialidade que melhor utiliza as suas vagas. As demais especialidades mantiveram uma certa estabilidade com uma variação de aproximadamente duas posições no *ranking* de utilização entre um ano e outro.

O quadro 7 traz informações comparativas entre a oferta e utilização das consultas especializadas ordenando-as em relação ao maior quantitativo de vagas ofertadas (coluna oferta) e às que apresentaram melhores percentuais de utilização (coluna utilização) sendo possível observar a dinâmica entre os anos de 2018 e 2019 e, com isso perceber que nem sempre a especialidade que ofertou o maior quantitativo de vagas corresponde à de melhor aproveitamento/utilização das mesmas.

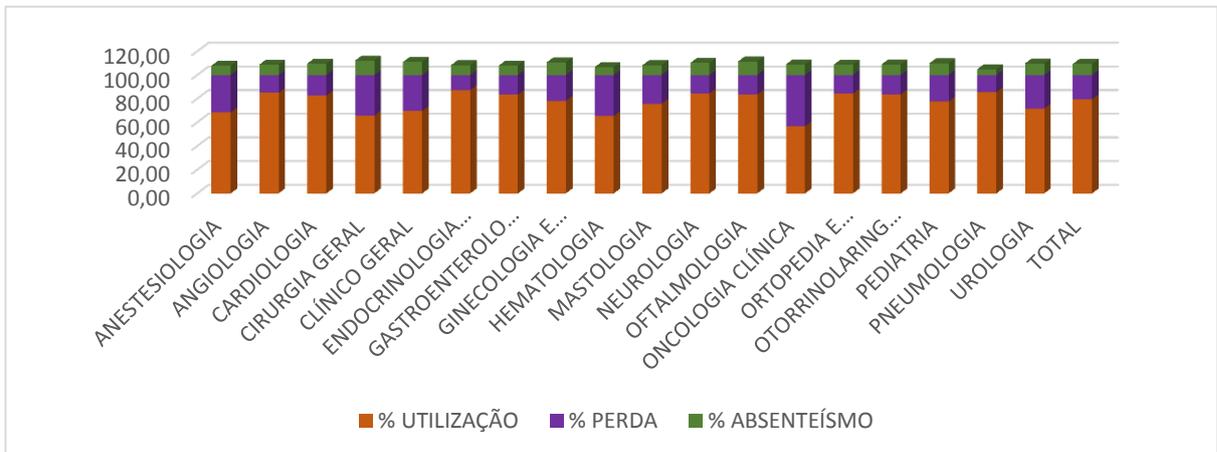
QUADRO 7: Relação das especialidades e posição que ocupa em relação ao quantitativo de vagas ofertadas e a melhor utilização das vagas - Policlínica Regional (2018-2019)

| ANO 2018 | | | ANO 2019 | | |
|----------|------------------------------|------------|----------|------------------------------|------------|
| OFERTA | ESPECIALIDADE | UTILIZAÇÃO | OFERTA | ESPECIALIDADE | UTILIZAÇÃO |
| 12° | ANESTESIOLOGIA | 14° | 15° | ANESTESIOLOGIA | 15° |
| 7° | ANGIOLOGIA | 9° | 8° | ANGIOLOGIA | 3° |
| 2° | CARDIOLOGIA | 8° | 1° | CARDIOLOGIA | 9° |
| 11° | CIRURGIA GERAL | 16° | 14° | CIRURGIA GERAL | 16° |
| 8° | ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA | 4° | 17° | CLÍNICO GERAL | 14° |
| 6° | GASTROENTEROLOGIA | 6° | 13° | ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA | 1° |
| 3° | GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA | 10° | 9° | GASTROENTEROLOGIA | 8° |
| 14° | HEMATOLOGIA | 15° | 3° | GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA | 10° |
| 9° | MASTOLOGIA | 13° | 7° | HEMATOLOGIA | 17° |
| 15° | NEUROLOGIA | 3° | 12° | MASTOLOGIA | 12° |
| 1° | OFTALMOLOGIA | 5° | 10° | NEUROLOGIA | 4° |
| 10° | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 1° | 2° | OFTALMOLOGIA | 7° |
| 4° | OTORRINOLARINGOLOGIA | 7° | 18° | ONCOLOGIA CLÍNICA | 18° |
| 13° | PEDIATRIA | 12° | 6° | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 5° |
| 16° | PNEUMOLOGIA | 2° | 4° | OTORRINOLARINGOLOGIA | 6° |
| 5° | UROLOGIA | 11° | 11° | PEDIATRIA | 11° |
| | | | 16° | PNEUMOLOGIA | 2° |
| | | | 5° | UROLOGIA | 13° |

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com os dados (Doc1)

Em 2019, no total foram 39.187 consultas ofertadas, 35.143 agendadas e 31.185 atendidas/utilizadas, as perdas foram de 8.002 consultas destas 3.306 foram faltosos. A relação entre utilização, perdas e taxa de absenteísmo está expressa no gráfico 9 que evidencia a melhoria dos percentuais de utilização das vagas ofertadas, alcançando 79,58% com perda de 20,42% e taxa de absenteísmo anual de 9,41%, menor que em 2018. De forma específica, a menor taxa de absenteísmo por especialidade refere-se à pneumologia (4,65%) e a maior clínica geral (12,28%).

GRÁFICO 9: Percentual de utilização, vagas perdidas e taxa de absenteísmo por especialidade Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2018(Doc1) e Relatório de produtividade interno da policlínica (Doc2).

Entre dez/2017, 2018 e 2019 foram pactuadas 81.492 consultas de especialidades, ofertadas 78.414, agendadas 62.924 e atendidas 54.939. O percentual de utilização geral deste período foi de 70,06%. A perda total de vagas foi de 23.475 (29,94% do total ofertado) com uma taxa de absenteísmo relativamente baixa (9,73%).

4.2.3 Oferta e utilização de exames e procedimentos (2017-2019)

Além de consultas especializadas, a policlínica regional de saúde também oferta exames e procedimentos ambulatoriais de média complexidade. São ofertados em torno de 18 tipos de exames, alguns deles acrescidos ao longo destes dois anos, desde sua implantação em 2017.

Em 2017, foram ofertados 2.685 exames/procedimentos, distribuídos inicialmente em 06 tipos: ecocardiograma, mamografia, ultrassonografia, radiografia, tomografia e ressonância magnética. Foram 493 agendamentos e atendidos 380. O quadro 8 apresenta a distribuição de vagas ofertadas dentre as 06 disponibilizadas em ordem decrescente, a radiografia foi o exame que teve o maior quantitativo de vagas ofertadas (1.242), seguido da ressonância (460), tomografia (412), ultrassonografia (394), mamografia (115) e ecocardiograma (62).

QUADRO 8: Percentual anual de utilização, perda e absenteísmo conforme número de exames/procedimentos por pactuadas, ofertadas, agendadas, atendidas, vagas perdidas, faltosos 2017.

| EXAME/PROCEDIMENTO | Pactuado | Oferta | Agendados | Atendidos | Faltosos | V.perdidas | % utilização | % perda | Tx absent. |
|--------------------|-------------|-------------|------------|------------|-----------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| MAMOGRAFIA | 0 | 115 | 51 | 35 | 13 | 80 | 30,43 | 69,57 | 25,49 |
| ULTRASSONOGRRAFIA | 394 | 394 | 35 | 25 | 2 | 369 | 6,35 | 93,65 | 5,71 |
| ECOCARDIOGRAMA | 0 | 62 | 61 | 28 | 15 | 34 | 45,16 | 54,84 | 24,59 |
| RADIOGRAFIA | 1242 | 1242 | 93 | 90 | 0 | 1152 | 7,25 | 92,75 | 0,00 |
| RESSONÂNCIA | 460 | 460 | 149 | 115 | 10 | 345 | 25,00 | 75,00 | 6,71 |
| TOMOGRAFIA | 412 | 412 | 104 | 87 | 9 | 325 | 21,12 | 78,88 | 8,65 |
| Total | 2508 | 2685 | 493 | 380 | 49 | 2305 | 14,15 | 85,85 | 9,94 |

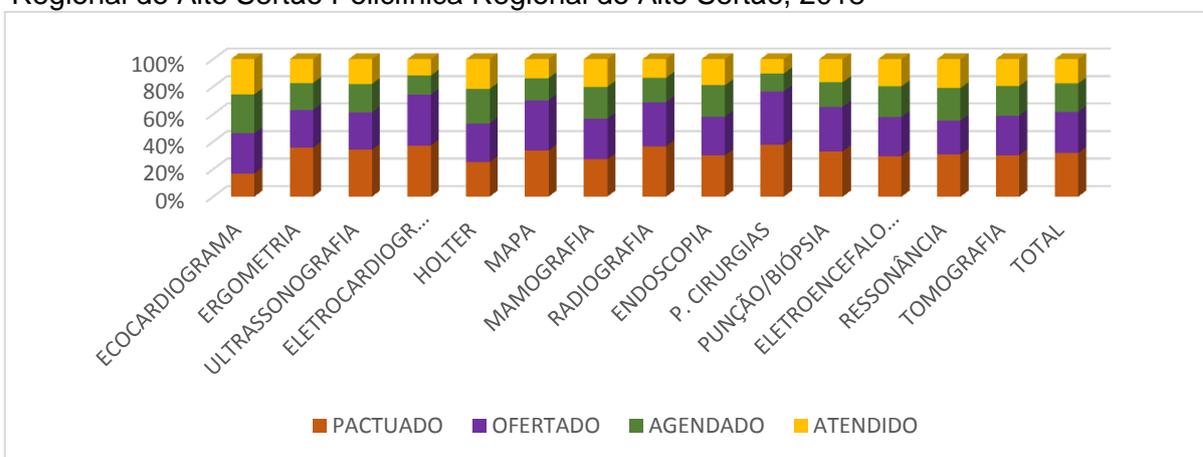
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Consultas pactuadas e ofertadas, 2017 e Relatório de produtividade interno da policlínica (Doc2)

Dentre os serviços ofertados o que apresentou o maior percentual de utilização foi ecocardiograma (45,16%), seguidos pela mamografia (30,43%), ressonância magnética (25,00%), tomografia (21,12%), radiografia (7,25%) e ultrassonografia (6,35%). As perdas foram de 2.305 exames e procedimentos, em

percentual isto corresponde a 85,85%. A taxa de absentéismo variou entre 8,65% (tomografia) e 25,49% (mamografia) alcançando uma média anual de 9,94%.

Em 2018, foram adicionados ao elenco de oferta mais 08 exames/procedimentos endoscopia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ergometria, holter, MAPA, pequenas cirurgias, punção/biópsia, perfazendo um total de 14 tipos, sendo o total anual pactuado 39.961, ofertado de 37.494, agendados 25.882 e atendidos 22.272. O gráfico 10, a seguir, demonstra a relação entre os quantitativos pactuados, ofertados, agendados e atendidos.

GRÁFICO 10: Relação pactuado, ofertado, agendado e atendido por exame Policlínica Regional do Alto Sertão Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2018.

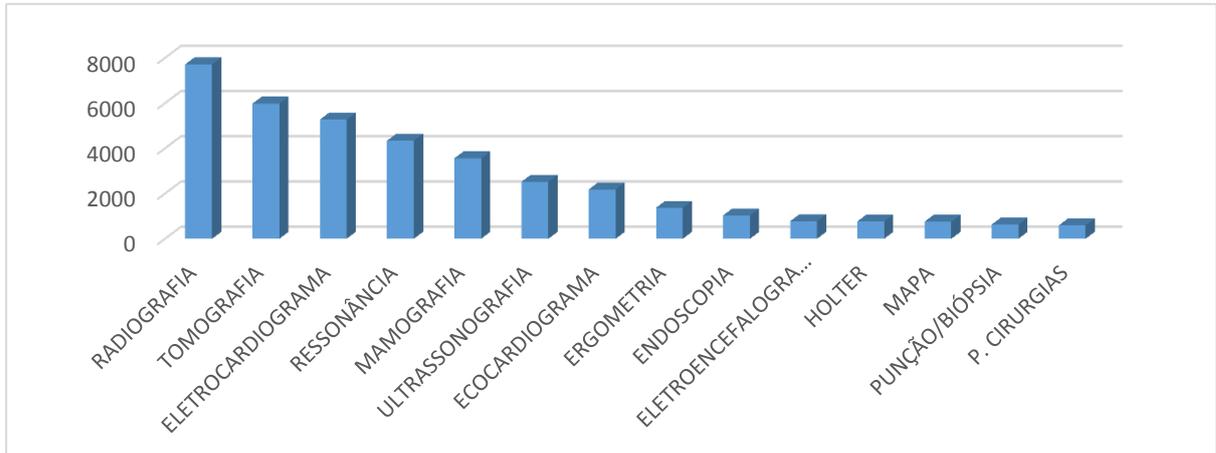
Quando analisa-se anualmente os dados, o quantitativo ofertado encontra-se abaixo do valor pactuado que corresponde a cota mensal que deve ser disponibilizada aos municípios utilizando-se principalmente o critério populacional. Ao proceder esta análise por exame é possível identificar situações em que a oferta se sobrepõe ao valor pactuado assim como ocorreu em relação às consultas sem, contudo, refletir no todo.

Tal situação acontece com alguns procedimentos e exames sendo mais evidente na ecocardiografia (pactuado 1.276 – ofertado 2.184), mamografia (pactuado 3.278 – ofertado 3.557), holter (pactuado 693 – ofertado 770), MAPA (pactuado 693 – ofertado 755) e pequenas cirurgias (pactuado 571 – ofertado 592).

O quantitativo de vagas por tipo de exame está representado no gráfico 11, com destaque para radiografia com maior oferta de vagas (7.716), seguido da

tomografia (5.978), eletrocardiograma (5.266), ressonância (4.337), mamografia (3.557), até pequenas cirurgias com menor oferta (592).

GRÁFICO 11: Vagas ofertadas por tipo de exame, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018.

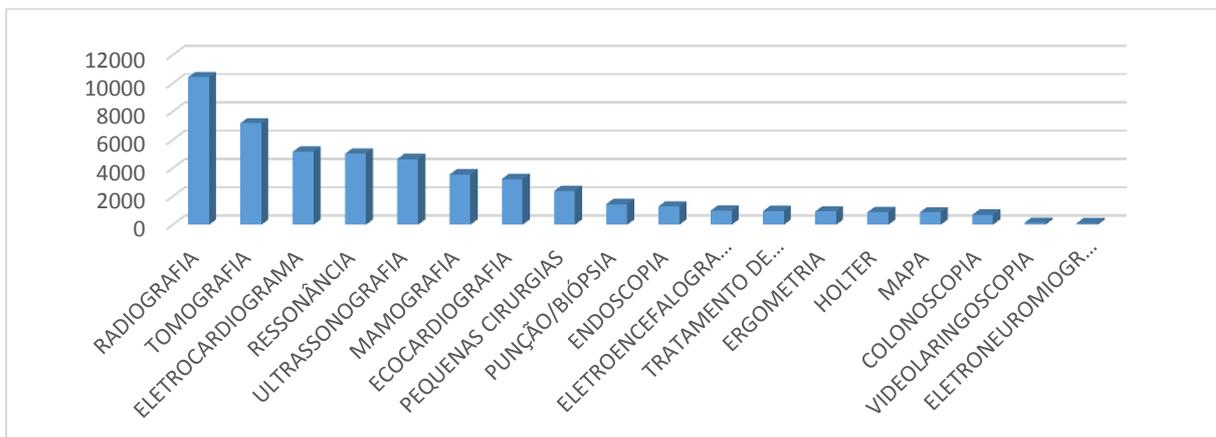


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2018.

Em 2019, agregou-se ao elenco 04 novos exames/procedimentos, colonoscopia (janeiro), tratamento de feridas (março), eletroneuromiografia (maio), e videolaringologia (agosto).

No gráfico 12 está expresso o quantitativo de vagas ofertadas por exame/procedimento. Ao realizar uma análise comparativa com o ano anterior percebe-se que as quatro com maior oferta permanecem inalteradas: radiografia (10.441), tomografia (7.185), eletrocardiograma (5.166) ressonância (5.025), a quinta posição é ocupada pela ultrassonografia (4.649), seguida por mamografia (3.550), e a última com menor número de oferta é a eletroneuromiografia (116).

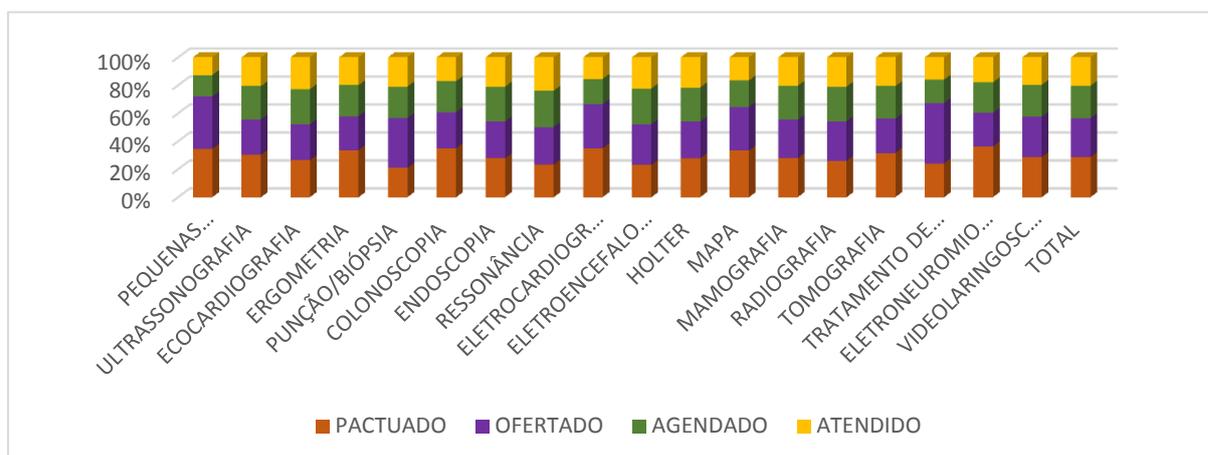
GRÁFICO 12: Vagas ofertadas por tipo de exame, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2019

O quantitativo de vagas ofertadas neste ano foi de 50.013 distribuídas em um total de 18 exames/procedimentos, o valor pactuado foi de 51.863, agendados 41.950, atendidos 36.557, esta relação está representada no gráfico 13, nele é possível observar que a mesma dinâmica se repete. Em alguns exames/procedimentos a oferta foi maior do que o valor pactuado, todavia não o suficiente para tornar equitativa a relação anual pactuado, ofertado, agendado e atendido. Os agendamentos também acontecem em menor quantidade quando relacionado ao que foi ofertado seguindo a tendência do ano anterior e também ao que acontece em relação às consultas especializadas.

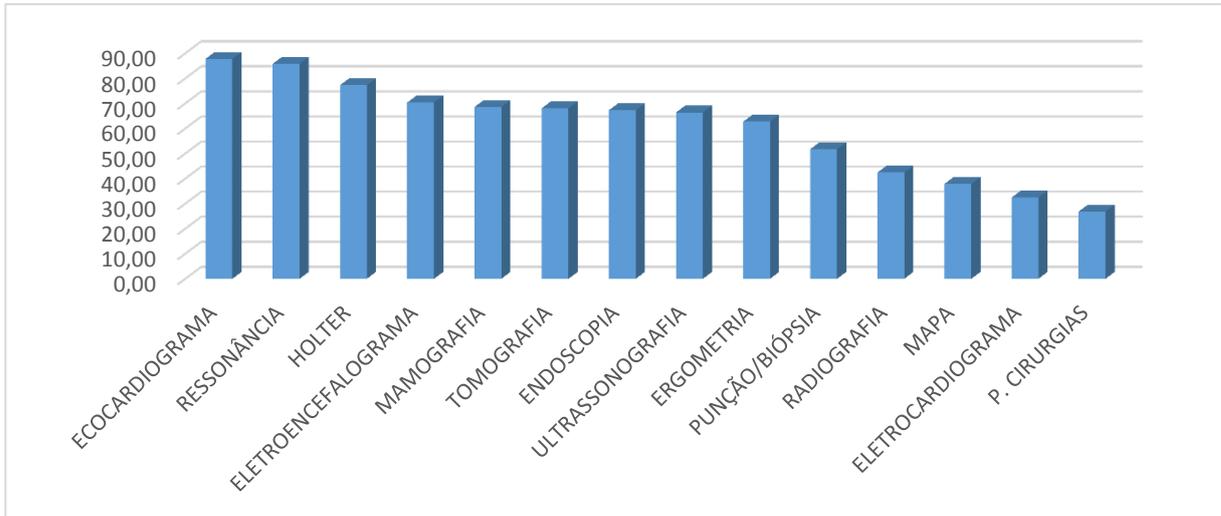
GRÁFICO 13: Valores pactuado, ofertado, agendado, atendido, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2019.

Os percentuais de utilização por exames procedimentos em 2018 estão descritos no gráfico 14 em ordem decrescente sendo possível observar que em relação à oferta, a radiografia foi o exame que apresentou o maior número de vagas ofertadas, no entanto é apenas o 11º em aproveitamento. Estes dados ratificam uma importante afirmação trazida na fala de um dos entrevistados: “[...] o raio-x, se fosse pelos gestores, tiraria da policlínica, por que? Porque hoje praticamente todos os municípios consegue ter uma máquina de raio-x e consegue ter esse serviço no seu município”(E4).

GRÁFICO 14: Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2018.

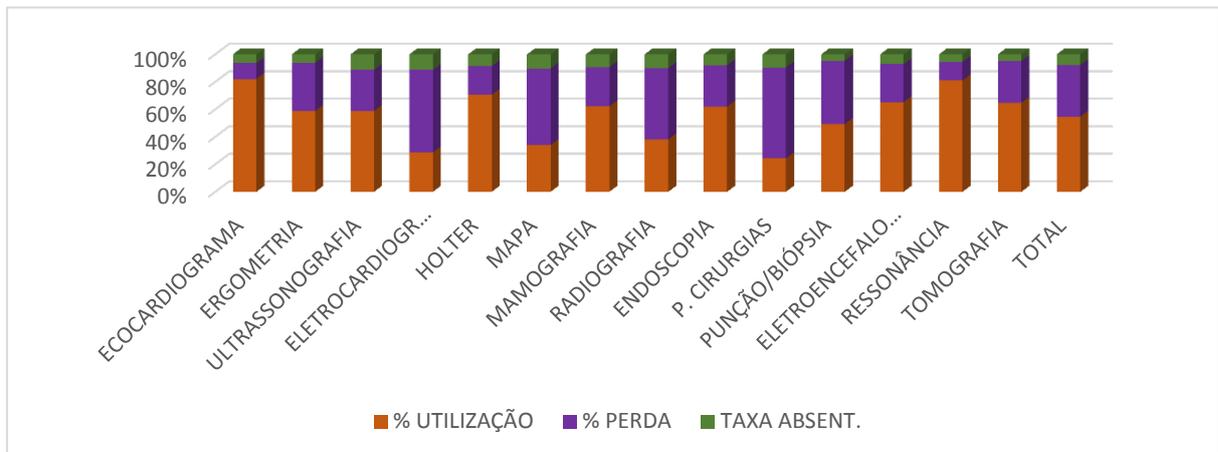
A relação percentual de utilização, perdas e taxa de absenteísmo por exames/procedimentos em 2018 é representada através do gráfico 15. Os maiores percentuais de utilização são do ecocardiograma (87,77%) seguidos pela ressonância (85,80%) e holter (77,27%). A menor taxa de absenteísmo foi de 4,91% (punção/biópsia) e tomografia (5,16%). Destaque para condição do eletrocardiograma quem além de representar a maior taxa de absenteísmo (12,80%), ocupa o segundo lugar em exames/procedimentos com maior perda de vagas (67,57%), ficando atrás apenas de pequenas cirurgias (73,14%).

E3 traz em seu discurso uma possível explicação para o elevado quantitativo de perdas de eletrocardiograma, para ele “[...]se tivesse analisado todos os municípios praticamente têm os eletrocardiogramas por telemedicina não teria ofertado isso e teria trocado por um outro que fosse mais necessário entendeu?”.

Sobre pequenas cirurgias o mesmo entrevistado trouxe a seguinte afirmação “nós temos cirurgião contratado lá para fazer pequena cirurgia e não tem demanda, às vezes o profissional recebendo e ficando ocioso” (E3). Para este, o ideal seria realizar novo “diagnóstico de o que deu certo e o que não deu certo, o que não deu certo você procura melhorar, consertar ou substituir e sempre procurando ouvir os municípios, o que os municípios precisam” (E3).

Em 2018 o percentual de utilização geral foi de 59,40%, perdas de 40,60% e taxa de absenteísmo de 8,58%.

GRÁFICO 15: Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2018



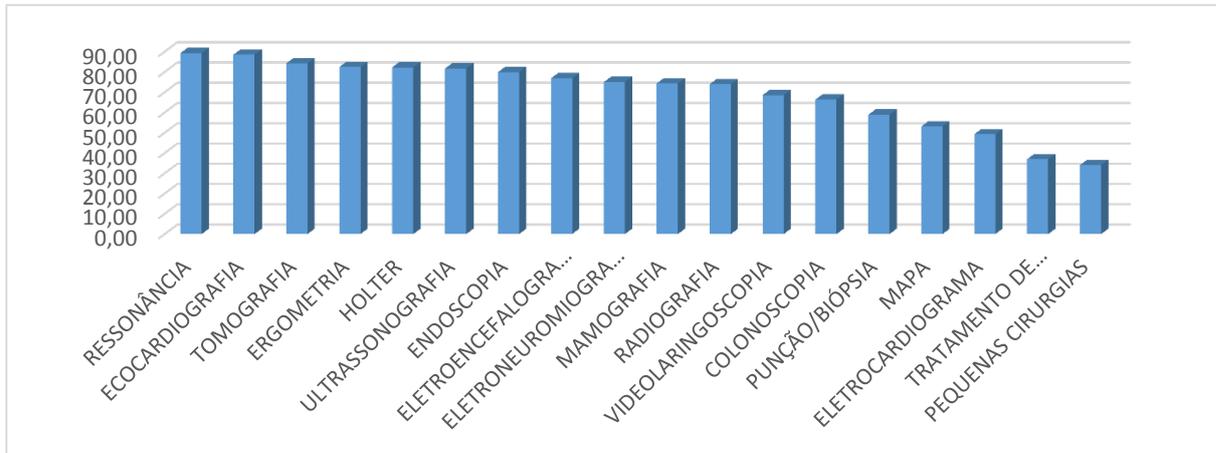
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2018.

Em 2019, observou-se uma melhora substancial na utilização das vagas em relação ao ano anterior, aparentemente pode ser o resultado de adequações do processo de trabalho realizadas pela gestão da policlínica regional que criou um banco de vagas onde as mesmas podem ser compartilhadas entre os municípios independente da cota com vistas a otimizar a utilização das vagas ofertadas, sobre isto:

[...]dentro do próprio sistema hoje, o SIGES, tem lá esse banco de consultas. Então assim, aquilo que ia ser perdido automaticamente já transfere tudo para o link lá, aí o marcador marcou todas as consultas dele, vamos supor que preencheu todas as cotas dele, mas ele ficou lá precisando de duas consultas com cardiologistas, aí aqueles municípios que não vão utilizar estão lá no banco, ela vai lá e puxa e consegue complementar o que ela precisava, com isso deixamos de perder procedimentos, perder consultas[...] (E3)

A descrição dos percentuais de utilização dos exames e procedimentos para o ano de 2019 está representada no gráfico 16, nele é possível observar que a ressonância ocupa o primeiro lugar com 89,35% de aproveitamento, em seguida o ecocardiograma (88,85%), tomografia (84,23%), ergometria (82,43%), holter (82,27%), ultrassonografia (81,72%), endoscopia (79,94%), eletroencefalograma (76,85%), eletroneuromiografia (75%), mamografia (74,34%), radiografia (73,93%), videolaringoscopia (68,57%), colonoscopia (66,38%), punção/biópsia (58,90%), mapa (53,07%), eletrocardiograma (49,25%), tratamento de feridas (36,93%) e pequenas cirurgias (34,05%).

GRÁFICO 16: Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2019.

Em 2019, a utilização dos serviços quando comparada a sua oferta revela dados importantes: o exame procedimento que possui o maior quantitativo de vagas ofertadas é radiografia, todavia este é o 11º em utilização, tal situação acontece com outros exames, como o eletrocardiograma, o 3º maior em oferta de vagas e o 16º em utilização. Algumas situações inversas também são encontradas: ergometria é o 13º em oferta de vagas, no entanto é o 4º em utilização, holter é o 14º em oferta e o 5º em utilização. Apenas tomografia e ressonância estão entre os quatro que apresentam maior oferta e melhor utilização. Em 2018, a situação foi semelhante (quadro 9).

QUADRO 9: Relação de exames procedimentos e posição que ocupa em relação ao quantitativo de vagas ofertadas e a melhor utilização das vagas - Policlínica Regional (2018-2019).

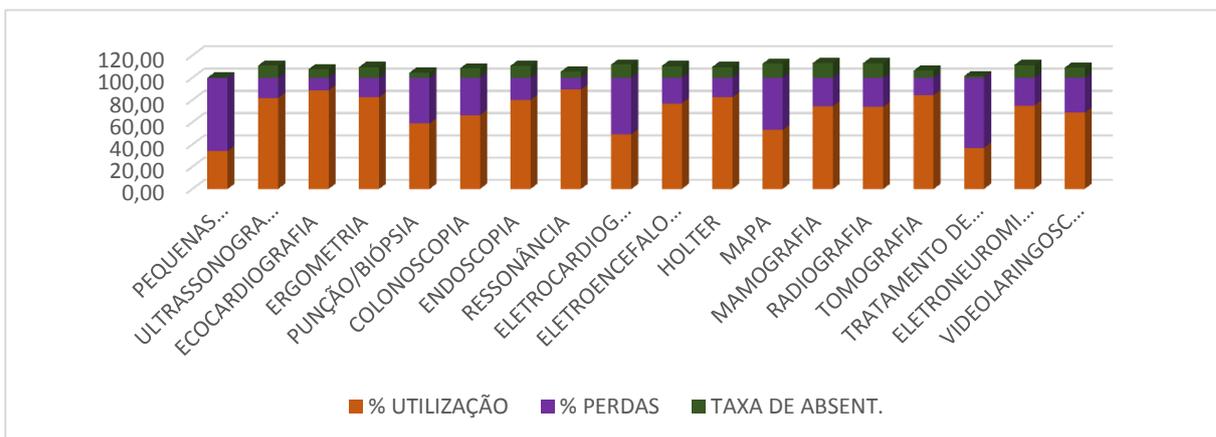
| ANO 2018 | | | ANO 2019 | | |
|----------|----------------------|------------|----------|-----------------------|------------|
| OFERTA | EXAME/PROCEDIMENTO | UTILIZAÇÃO | OFERTA | EXAME/PROCEDIMENTO | UTILIZAÇÃO |
| 7º | ECOCARDIOGRAMA | 1º | 8º | PEQUENAS CIRURGIAS | 18º |
| 8º | ERGOMETRIA | 9º | 5º | ULTRASSONOGRAFIA | 6º |
| 6º | ULTRASSONOGRAFIA | 8º | 7º | ECOCARDIOGRAFIA | 2º |
| 3º | ELETRCARDIOGRAMA | 13º | 13º | ERGOMETRIA | 4º |
| 11º | HOLTER | 3º | 9º | PUNÇÃO/BÍÓPSIA | 14º |
| 12º | MAPA | 12º | 16º | COLONOSCOPIA | 13º |
| 5º | MAMOGRAFIA | 5º | 10º | ENDOSCOPIA | 7º |
| 1º | RADIOGRAFIA | 11º | 4º | RESSONÂNCIA | 1º |
| 9º | ENDOSCOPIA | 7º | 3º | ELETRCARDIOGRAMA | 16º |
| 14º | P. CIRURGIAS | 14º | 11º | ELETRONEUROMIOGRAFIA | 8º |
| 13º | PUNÇÃO/BÍÓPSIA | 10º | 14º | HOLTER | 5º |
| 10º | ELETRONEUROMIOGRAFIA | 4º | 15º | MAPA | 15º |
| 4º | RESSONÂNCIA | 2º | 6º | MAMOGRAFIA | 10º |
| 2º | TOMOGRAFIA | 6º | 1º | RADIOGRAFIA | 11º |
| | | | 2º | TOMOGRAFIA | 3º |
| | | | 12º | TRATAMENTO DE FERIDAS | 17º |
| | | | 18º | ELETRONEUROMIOGRAFIA | 9º |
| | | | 17º | VIDEOLARINGOSCOPIA | 12º |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES (DOC1)

O melhor aproveitamento/utilização da ressonância e tomografia, visto que são exames de alta densidade tecnológica e capacidade diagnóstica, para (E4) a demanda, oferta e utilização destes pode estar relacionada ao fato de que principalmente os profissionais da APS poderiam estar priorizando a solicitação de exames de menor complexidade para investigação diagnóstica, para o entrevistado “poderia fazer um raio-x, poderia fazer uma ultrassonografia e poderia se definir o diagnóstico daquele paciente, sem primeiramente já ter que partir diretamente pra uma tomografia”. Acerca deste assunto traz ainda a importância da atuação qualificada dos profissionais da APS, pois são estes os “profissionais que estão lá na ponta, dessas solicitações, pra eles entender também quais são esse cardápio de oferta de serviço que existe pra eles não ficar solicitando aleatório” (E4).

A relação do percentual de utilização, perdas e taxa de absenteísmo está apresentada no gráfico 17, nele chama a atenção os percentuais elevados de perdas das pequenas cirurgias (65,65%) e tratamento de feridas (63,07%) e eletrocardiograma (50,75%), entretanto as taxas de absenteísmo para os dois primeiros são bem reduzidas (0,10% e 1,34%). A taxa de absenteísmo mais elevada em 2019 foi da mamografia com 13,22%, seguido por radiografia com 13,17%.

GRÁFICO 17: Percentual de utilização das vagas ofertadas por tipo de exame procedimento, Policlínica Regional do Alto Sertão, 2019.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIGES – Relatório Indicador Exames pactuadas e ofertadas e Relatório de Produtividade da Policlínica Regional – 2019.

No período dez/2017, 2018 e 2019 foram pactuadas 94.332 vagas de exames e procedimentos, ofertadas aos municípios 90.192, agendados 68.325 e efetivamente atendidos 59.209. As perdas foram de 30.983 vagas de procedimentos e exames destas 6.325 correspondem aos faltosos. A utilização em percentual ficou em 65,65% com taxa de absenteísmo de 9,21%.

5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão – Região de Saúde de Guanambi, considerando duas dimensões: o processo de definição da oferta destes serviços e a caracterização do perfil de oferta e utilização.

No que tange ao processo de implantação da policlínica regional e da definição da sua oferta de serviços/exames/procedimentos o estudo apontou a importância do planejamento regional integrado, do papel das instâncias de governanças regionais e o protagonismo destas no processo de regionalização da saúde. Quanto a relação demanda, oferta, utilização dos serviços da policlínica e a relação destas categorias com as necessidades de saúde serão discutidas no subitem 5.2 – Perfil de oferta e utilização.

5.1 O PROCESSO DE DEFINIÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DA POLICLÍNICA REGIONAL

Sobre a implantação das policlínicas regionais de saúde no estado da Bahia foi referido neste estudo como "projeto de governo" (E1). Sob o referencial de Matus (1987), projeto de governo, refere-se ao propósito do governante, mas não basta ter um propósito definido, este deve dialogar com a capacidade de governo que está relacionada à capacidade técnica, habilidades do ator e sua equipe em coordenar as ações que os levarão aos objetivos estabelecidos. Aliado a isto ainda é necessário articular-se com a governabilidade que diz respeito às variáveis controladas pelo ator, quanto mais controle das variáveis decisivas, maior será a liberdade de atuação.

Tudo isto acontece em meio ao jogo social que envolve situações conflitantes e variáveis modificáveis, onde o ator vive seu objetivo central de construir meios para concretizar o seu projeto. Logo, é possível entender os tensionamentos e conflitos que foram vivenciados no período que antecedeu a implantação deste equipamento de saúde no território. Neste cenário evidencia-se a importância do *Planejamento Regional Integrado* que deve ocorrer no âmbito regional, em

conformidade com o §2º da Lei complementar 141/2012 que define que o planejamento e orçamento devem ser ascendentes e norteados pelas necessidades de saúde da população de cada região, e estes deverão subsidiar a construção do plano estadual.

Sendo assim e considerando o caráter horizontal das relações interfederativas que ampara o compromisso de interdependência e autonomia (BRASIL, 2016), acredita-se que o ponto de partida para execução do projeto de governo do estado seria a construção democrática da proposta de implantação e definição da oferta de serviços de saúde regionalizados na qual os entes federados e técnicos de saúde regionais fossem envolvidos desde as etapas iniciais das discussões, desta forma alcançando o equilíbrio necessário entre competição e cooperação.

Neste processo um novo ator regional adentrou ao cenário: o Consórcio Interfederativo, responsável pela gestão da policlínica regional. A criação de consórcios sejam eles horizontais (entre municípios) ou verticais (entre diferentes entes federados) foi prevista através da Lei 8142/90, posteriormente a Lei Federal nº 11.107 de 06 de abril de 2005 e regulamentado pelo Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

Nos consórcios, a Assembleia Geral é a instância máxima, composta pelos municípios consorciados, tendo como representantes os prefeitos e o representante do estado (MÁRCIA e ELOY, 2019). Entretanto, nos consórcios o exercício do poder é dos prefeitos, “tornando-o sujeito estratégico nos acordos” (GOYA, 2016. p.911).

Todas as discussões iniciais para implantação e definição dos serviços a serem ofertados na policlínica ocorreram diretamente entre prefeitos (consórcio) e representante do estado. Tendo em vista que a gestão consorciada foi identificada como uma das potencialidades em virtude da economia de escala gerada com esta modalidade de gestão, torna-se importante a reflexão criteriosa acerca do *papel das instâncias regionais* para não ocorrer o risco de se estabelecer uma nova governança regional em detrimento da CIR que já está estabelecida no território e legitimada pelo Decreto nº 7.508/2011.

O planejamento, as definições e decisões acerca de qualquer assunto da saúde regional devem ser discutidos no âmbito da CIR (BRASIL, 2011) independente das articulações políticas. A Resolução CIB/BA nº 011/2015⁸ define as

⁸Regimento interno da CIB/BA e CIR

Comissões Intergestores Regionais (CIR) como instâncias colegiadas de caráter deliberativo, com decisões por consenso, vinculadas à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia para efeitos administrativos e operacionais, composta por representantes do estado indicados pelo secretário estadual de saúde e municípios através dos secretários municipais de saúde e que têm por propósito a pactuação da organização e funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde de forma regionalizada, considerando os municípios da sua área de abrangência - às Regiões de Saúde.

Em seu artigo intitulado “Redes regionalizadas experiência do Ceará”, Almeida (2019) apresenta que no percurso da regionalização da saúde neste estado a CIR consolidou-se como um importante espaço deliberativo nas regiões de saúde, sob condução das Coordenadorias Regional de Saúde (CRES), esta por sua vez atuava como instância de articulação entre os municípios sendo composta por profissionais que em virtude da sua formação e estabilidade (servidores públicos em sua maioria) favoreceu de certa forma a continuidade das políticas e a legitimidade do estado no apoio aos municípios.

As CRES são estruturas instaladas nas regiões de saúde que representam a Secretaria do Estado do Ceará no âmbito regional (MARCIA e ELOY, 2019), com autonomia administrativa para contratação e programação financeira de serviços especializados (ALMEIDA, 2019). Estas correspondem às antigas Diretorias Regionais de Saúde (Dires) da Bahia, extintas na reforma administrativa⁹ ocorrida no primeiro mandato do atual governo do estado. Atualmente na Bahia, para cada macrorregião de saúde está um Núcleo Regional de Saúde (NRS) sendo que nas regiões de saúde estão as Bases Regionais de Saúde, que atuam sem autonomia administrativa e financeira, pois visto que não há formalização da existência destas bases no território.

Neste ponto observa-se um paradoxo. Considerando que para execução de seu projeto o estado da Bahia assumiu como exemplo a expertise do Ceará, no que se referem a estas duas instâncias (CIR e CRES) que exerceram protagonismo no processo de regionalização da saúde naquele estado, aparentemente na Bahia ocorreu movimento inverso: as discussões para implantação da policlínica inicialmente não ocorreram na CIR sendo este ponto de conflito entre os atores

⁹Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014.

regionais conforme descrito neste estudo e as estruturas que representam o estado no âmbito regional (DIREs) foram extintas.

Além de questões envolvendo as instâncias de governança regionais como espaços decisórios e as relações interfederativas discutidas até aqui, identificou-se através deste estudo pontos importantes relacionados diretamente à área assistencial e que dialoga com a problemática do modelo assistencial, falta de médicos especialistas na região e o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde e sua relação com os serviços de média complexidade.

O modelo de atenção à saúde corresponde a combinações tecnológicas estruturadas com o objetivo de resolução de problemas com a satisfação das necessidades de saúde sejam elas individuais ou coletivas (PAIM, 2012), a escolha dos conhecimentos e das disciplinas que o fundamentam este modelo definirá suas características (VILASBÔAS, 2019) centrado em ações curativistas e individuais ou em ações de saúde pública com ênfase na integração da prestação de serviços de saúde individuais e coletivos. Sendo assim, o modelo de atenção à saúde adotado interfere diretamente na oferta e prestação de serviços de saúde à população.

No Brasil, vigora o modelo biomédico que valoriza uma atenção tecnicista com ênfase na utilização de exames e procedimentos diagnósticos de média complexidade como sinônimo de melhor forma de atenção ao usuário e o enfoque na atuação do profissional médico.

A vigência do modelo assistencial biomédico foi evidenciada quando houve a necessidade de alterações no contrato de programa da policlínica em virtude da dificuldade de contratação de médicos especialistas por carga horária, conforme relatou um dos entrevistados (E1). Tal situação também foi relatada por Almeida (2019) em seu artigo, em que um representante da gestão regional entrevistado manifestou-se como “praticamente refém” desta categoria afirmando que se houvesse a exigência do cumprimento da carga horária não ficaria um médico trabalhando na policlínica, o que é fruto de um modelo de atenção marcado pelos interesses da corporação médica e rotineiramente reforçado em todos os níveis de atenção à saúde.

Importante ressaltar que embora a cobertura populacional da ESF na região de saúde de Guanambi seja de 90,7% (e GESTOR, 2020) e que esta seja a principal estratégia para reorientação do modelo assistencial no Brasil (BRASIL, 2017) parece

tornar-se evidente que a ampliação do número de equipes de saúde da família em determinado território por si só não interfere de forma expressiva na mudança do modelo assistencial. Revela também que a tarefa de romper com um modelo hegemônico nitidamente centrado no profissional médico, redirecionando-o para um enfoque centrado nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, permanece um enorme desafio.

Outro ponto que ratifica a influência do modelo assistencial na oferta e prestação de serviços de atenção especializada encontra-se no fato da resistência médica em assumir suas funções na policlínica em virtude da remuneração oferecida. Vale ressaltar que o contrato dos profissionais ocorre mediante seleção pública com valores de vencimentos definidos e explícitos em edital, sendo assim ao submeterem-se ao processo seletivo já estão cientes de sua remuneração, mesmo assim, existiu recusa em assumir os seus postos, sendo necessária a adequação do valor proposto inicialmente para garantir a oferta das especialidades na policlínica.

A falta de especialistas também foi uma dificuldade identificada e dialoga com o que Solla e Chioro (2012) afirmam sobre atenção especializada, referindo-se as desigualdades regionais na distribuição de profissionais especialistas, uma vez que, em sua maioria, estes profissionais concentram-se em locais de alta densidade populacional.

A definição de oferta de serviços de saúde de atenção especializada, assim como outros, deve ser norteadada pelo *perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população local* (SOLLA e CHIORO, 2012), neste caso específico Região de saúde de Guanambi. Para tanto, faz-se necessário conhecer este território realizando uma análise situacional de saúde (ASIS), através da qual é possível identificar os problemas de saúde da população, perfil demográfico e a relação existente entre demanda e oferta de serviços de saúde, sendo possível discutir as necessidades na situação atual (PAIM, 2006).

Uma ASIS criteriosa possibilita uma visão mais crítica e reflexiva do território, tomadas de decisões mais assertivas, potencializa o uso de recursos direcionando a contratação de serviços, procedimentos e especialidades (GOIÁS, 2021). Quando esta análise não ocorre de forma efetiva ou consideram-se outros critérios para definição de serviços de saúde no território que não estão relacionados a este diagnóstico situacional, corre-se o sério risco de que serviços implantados não

correspondam as reais necessidades da população, ocasionando prejuízos financeiros com alocação de recursos em serviços desnecessários.

Os profissionais da APS que atuam nas unidades básicas de saúde são importantes atores para detecção das necessidades de saúde não atendidas (BRASIL, 2011), por ser a descentralização dos serviços e o alto nível de capilaridade características deste nível de atenção, isto favorece o mapeamento das necessidades da população, tendo em vista o vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional, bem como, a identificação dos pontos de estrangulamento do sistema de saúde.

O reconhecimento das necessidades de saúde da população está vinculado aos princípios do SUS, dentre eles a integralidade, considerando as necessidades de saúde como resultante de um contexto de carências ou vulnerabilidades que manifestam modos de vida e identidades (HINO, 2009), isto implica mais uma vez na relevância das equipes de saúde da APS na identificação destas necessidades que por vezes chegam às unidades de saúde camufladas por demandas, para isto uma ferramenta potencial e indispensável é a escuta qualificada realizada pelos profissionais de saúde utilizando-a, torna-se possível decodificar o real motivo/necessidade que levou o usuário ao serviço (CECÍLIO, 2001).

Assim como em todos os estudos relacionados à temática da oferta de serviços de média complexidade, este reafirma a *importância da APS* em executar de fato o seu papel de coordenadora do cuidado, ordenadora da rede (BRASIL, 2017), e da qualificação do processo de trabalho destas equipes na execução dos atributos da APS, a saber: primeiro contato do usuário, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade (STARFIELD, 2002).

A precária integração entre a APS e os serviços de média complexidade é relatado frequentemente na literatura. Sobre isso, Solla e Chioro (2012) destacam que tal condição resulta em perda intensa da qualidade e efetividade das ações desenvolvidas por vezes ampliando as desigualdades de acesso. A comunicação frágil entre os dois níveis de atenção (primário e secundário) e também evidenciada neste estudo, aliada aos demais pontos já discutidos envolvendo a APS, faz emergir a preocupação acerca da qualificação do acesso aos serviços de média complexidade ofertados na policlínica e a garantia de utilização por àqueles que de fato necessitam, o que seria o cumprimento do princípio da equidade no SUS.

Embora seja o único nível de atenção à saúde totalmente municipalizado, faz-se necessária uma ação conjunta dos três entes unindo esforços para consolidar a APS tendo como estratégia prioritária a Saúde da Família, esta é a forma mais provável de conseguir organizar as redes de atenção. Em algumas realidades, os resultados do processo de trabalho desenvolvido não correspondem ao preconizado na PNAB acerca da estratégia, fato ratificado por um dos entrevistados quando afirma que "mesmo municípios que possuem cobertura expressiva da ESF, às vezes alcançando 100%, na prática isto não se reflete em resultados satisfatórios".

Entretanto, vale ressaltar que embora tenham sido evidenciadas grandes dificuldades e fragilidades neste processo de implantação da policlínica, definição de oferta de serviços e implementação dos mesmos, em unanimidade foi também demonstrado o ganho que foi para o território a implantação deste serviço, principalmente no que se refere à redução dos desgastes ocasionados pelos deslocamentos para sede de macrorregião de saúde e, por vezes, capital do estado para realização dos atendimentos especializados o que acarretava à gestão uma elevação dos custos na garantia de acesso aos usuários a estes serviços atualmente ofertados dentro da região de saúde. Na visão dos entrevistados, a implantação da policlínica tornou o acesso aos serviços de média complexidade mais humanizado e equânime para o usuário e mais efetivo para gestão municipal.

5.2 O PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A implantação de um serviço de média complexidade deve responder as demandas da população, tendo em vista o preenchimento do vazio assistencial existente no território, a garantia de oferta e utilização adequada correlacionada as necessidades de saúde.

A utilização dos serviços de saúde para Stopa et al (2017) é uma resultante multifatorial envolvendo a percepção do usuário acerca da doença, o conhecimento prévio sobre a mesma aliado a oferta disponível no território, associado a questões geográficas, socioculturais e econômicas. Travassos (2000) acrescenta que as preferências do usuário também influenciam no padrão de utilização dos serviços de saúde.

Considerando o termo vazio assistencial como o território que apresenta escassa oferta de serviços especializados e que este vazio foi reconhecido através de levantamentos realizados em sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde e, ainda que tardiamente foram agregadas demandas territoriais trazidas pelos secretários municipais de saúde e profissionais da APS, a discussão deste ponto específico do estudo problematiza alguns achados acerca do perfil de oferta e utilização dos serviços da policlínica ao tempo que levanta hipóteses que serão abordadas a seguir.

Foi identificado que desde a implantação da policlínica em dez/2017 a dez/2019 os atendimentos realizados mantiveram-se sempre abaixo do quantitativo de vagas ofertadas tanto nas consultas especializadas, quanto exames e procedimentos. Neste período registrou-se perda geral de 54.458 vagas - 23.475 consultas especializadas e 30.983 exames e procedimentos - situação contraditória ao relato de um dos entrevistados que sinalizou como fragilidade a oferta insuficiente de vagas.

Observou-se também que a oferta dos serviços não apresenta uma relação diretamente proporcional à utilização, considerando que as especialidades e exames com maior quantitativo de vagas disponibilizadas, não corresponderam aos serviços com maior percentual de utilização, exceto a ressonância magnética e tomografia que em 2019 mantiveram-se simultaneamente entre os quatro principais exames em número de ofertas e utilização.

Diante do exposto e tendo em vista que este estudo teve uma abordagem institucional (baseado nos documentos e relatos de profissionais/gestores) e não da percepção dos usuários, a hipótese levantada acerca da relação oferta e utilização dos serviços da policlínica é a existência de uma possível inadequação da oferta gerada por algumas situações relatadas pelos entrevistados e que dialogam com o que a literatura traz acerca dos serviços especializados.

O quantitativo de atendimentos mantidos sempre abaixo do número de vagas ofertadas seja em relação a consultas ou exames, aliado as perdas pode apresentar uma relação direta com as adequações de oferta dos serviços da policlínica serem influenciadas pelo “*felling*” dos secretários, bem como das demandas e solicitações que chegam a sua mesa e a ocorrência de solicitações dispensáveis ou excessivas de exames e procedimentos de média complexidade por profissionais da APS.

Reforça-se aqui a importância de que as solicitações de serviços especializados sejam realizadas de forma consciente e com a indicação adequada, promovendo a racionalização da utilização dos recursos de apoio diagnóstico, considerando-se inclusive que necessidades de saúde não equivalem a necessidades de serviços de saúde (PAIM e ALMEIDA, 2014).

A relação inversamente proporcional entre oferta e utilização demonstrada entre algumas consultas e exames, conforme apresentado nos quadros 7 e 9 de resultados, faz alusão a esta possível inadequação de oferta ocasionada pela interpretação equivocada de que as necessidades de saúde dialogam com a demanda. Sobre este assunto Malik (2001) relata, que uma demanda pode ser produzida em função de determinado serviço, Travassos et al (2000), afirmam que por indução da oferta pode ocorrer a utilização dos serviços sem, contudo, relacionar-se às necessidades de saúde.

Isto coaduna com o fato de que a ressonância e a tomografia são os únicos exames que no ano de 2019 permaneceram simultaneamente entre os quatro que mais ofertaram vagas e mais utilizaram, uma demanda produzida em virtude da oferta associada a supervalorização dos serviços de alta densidade tecnológica e elevada capacidade diagnóstica e que, diante da possibilidade de realizá-los, os profissionais médicos abstém-se, por exemplo, de solicitar um exame mais simples para uma investigação diagnóstica conforme relato de E4, quando afirmou que os profissionais poderiam solicitar primeiro um raio-x ou uma ultrassonografia, todavia o exame de primeira eleição acaba sendo a tomografia.

Mais um ponto que ratifica a hipótese levantada de inadequação da oferta relaciona-se ao relato dos entrevistados sobre a importância de uma nova análise situacional da saúde local e regional, com levantamento do perfil epidemiológico para subsidiar uma (re) definição das ações e serviços de saúde a serem ofertados no território de forma que estas, de fato, reflitam as necessidades de saúde. Conforme relatos, E3 e E4 citaram como exemplos os exames de eletrocardiograma e radiografia (respectivamente) como sendo possíveis a sua substituição em virtude de sua reduzida utilização, possivelmente influenciada também pela oferta já existente nos municípios, o que reflete a “superposição de oferta de serviços” trazida por Solla e Chioro (2012) e conseqüente prejuízos de recursos públicos, tendo em vista que neste caso, o serviço ofertado é duplamente custeado.

Tal relato dialogou intrinsecamente com os resultados apresentados no quadro 7, em que evidenciou-se uma dissonância entre a oferta e utilização destes exames, e que em 2019 o eletrocardiograma foi o terceiro em quantitativo de vagas ofertadas e o décimo sexto em utilização e, a radiografia, o primeiro em oferta e décimo primeiro em utilização, situação similar também ocorreu em 2018.

A avaliação e o monitoramento da oferta e utilização dos serviços de saúde devem ser contínuos dentro do território, o qual é dinâmico e com mudança constante, tendo em vista que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas (CECÍLIO, 2001), de modo a ser presumível e adequadas às mudanças exigidas ao longo do tempo pelos serviços ofertados e para sua satisfação.

Importante ressaltar que as perdas podem ter sido influenciadas por relacionar-se ao fato de se tratar de um serviço novo no território, exigindo dos municípios adequações, principalmente nos primeiros meses subsequentes a implantação da policlínica, com relação à qualificação dos profissionais da central de marcação para utilização do sistema (SIGES), bem como do fluxo de acesso. Entretanto, tal situação não invalida, nem compromete a avaliação do número elevado de perdas de serviços, visto que as perdas significativas mantiveram-se ao longo do período estudado.

Por fim, quanto ao absenteísmo, relaciona-se ao não comparecimento do usuário às consultas e/ou aos procedimentos agendados sem qualquer comunicação prévia à unidade que oferta o serviço. Considerando estudos que apontam o absenteísmo como um problema crônico no SUS por vezes alcançando índices iguais ou superiores a 25% (BELTRAME, 2019), neste estudo não foi considerado um ponto preocupante, visto que as taxas gerais mantiveram-se em torno de 9,73% para consultas especializadas e 9,21% para exames e procedimentos no período de dez/2017, 2018 e 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a relevância da Regionalização dos serviços de saúde de média complexidade ambulatorial associado ao Planejamento Regional Integrado ascendente e solidário com a participação dos atores regionais em todas as etapas do processo, tendo na CIR o espaço de discussões e deliberações conforme legitimado no Decreto 7.508/2011 e respeitando os limites do exercício de poder de cada ente federado de forma que não exorbitem suas prerrogativas. Tais condições configuram-se em pré-requisitos para efetividade das ações e serviços de saúde no âmbito regional.

A consolidação da APS em seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, no desenvolvimento de seus atributos com resolutividade de forma a favorecer a racionalização da utilização dos serviços de média complexidade, ainda permanece como desafio neste contexto em que almeja-se a organização dos serviços de saúde em seus diversos níveis sob a conformação de rede.

No que se refere a oferta e utilização dos serviços ofertados na policlínica mostrou-se emergente a necessidade de realização de uma análise situacional mais recente (desde 2020) da região de saúde, com a participação de atores regionais e profissionais dos municípios para qualificação das informações, com isto promover a adequação da oferta e diminuir os prejuízos ocasionados com o elevado número de perdas das vagas dos serviços ofertados na policlínica

Isto perpassa pela qualificação do processo de trabalho das equipes da APS e da sensibilização dos gestores para garantir o cumprimento efetivo das competências e atribuições das mesmas no território respeitando-se as especificidades da Saúde da Família, inclusive por ser a estratégia para reorientação do modelo de atenção assistencial no Brasil.

Tendo em vista que o estudo foi desenvolvido considerando a gestão e produção dos serviços não foi possível identificar os motivos da expressiva perda de vagas sob a percepção dos usuários, sendo esta uma limitação, ao tempo que aponta a possibilidade de novos estudos com outras perspectivas.

Outra limitação relaciona-se ao fato de não ter sido utilizada a análise documental das atas das assembleias gerais do Consórcio Interfederativo para

produção de dados, considerando que informações acerca do processo de implantação e definição da oferta de serviços da policlínica regional poderiam estar descritas nas atas da CIR. Entretanto, em virtude do cotejamento entre as informações obtidas com a análise das atas da CIR e das entrevistas realizadas, cabe destacar que não houve comprometimento dos resultados em relação aos objetivos do estudo.

O impacto da implantação da policlínica no perfil epidemiológico da população regional, bem como, uma avaliação do custo efetividade da oferta dos serviços de média complexidade pela policlínica regional de saúde também é algo a ser considerado.

Finalizando, acredita-se que este estudo pode contribuir para a reorientação do processo de tomada de decisão quanto a definição do elenco de serviços a serem ofertados nas policlínicas regionais de saúde bem como na implementação desta oferta com o objetivo de otimizar a utilização das vagas disponibilizadas e, com isso, promover ampliação e consolidação das potencialidades destacadas (preenchimento do vazio assistencial, fortalecimento da APS, acesso equânime...) tendo em vista o processo de regionalização da saúde e que as policlínicas regionais estão em franca expansão no estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N; PAIM, J.S. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico Metodológico. In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: Teoria e prática. Rio de Janeiro. Medbook. 2014. cap.02. p.13-27.
- ALMEIDA, P. F. de; et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc.** v.25, n.2. São Paulo. 2016. p.320-335.
- ALMEIDA, P. F. de; et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12). 2019. p.4527-4539.
- BAHIA, Casa Civil. **Lei Estadual nº 13.374** - Disciplina a participação do Estado da Bahia nos consórcios interfederativos de saúde, nos termos da Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-13374-de-22-de-setembro-de-2015>>. Bahia, 2017.
- BAHIA, Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB nº 011/2015**. Aprova Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2015/RES_CIB_011.2015.pdf>. Acesso em: 05 jun.2021.
- BAHIA, Consórcio Interfederativo de Saúde da Região do Alto Sertão. **Estatuto do Consórcio Público de Saúde da Região do Alto Sertão**. Guanambi. 2017.
- BAHIA, Consórcio Interfederativo de Saúde da Região do Alto Sertão. **Resolução nº 20 de 25 de novembro de 2019**. Guanambi. 2019. Disponível em: <<http://cisaltosertao.ba.gov.br/publicacoes/resolucoes>> . Acesso em: 22 jun. 2021.
- BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**. Disponível em: <<http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/ProtocoloPoliclinica.pdf>>. Acesso em: 11 jun.2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto; Augusto Pinheiro. Edições 70. São Paulo. 2016.
- BATISTA, S.R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6). 2019. p.2043-2052.
- BELTRAME S.M *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Debate**. V. 43, n. 123. Rio de Janeiro. Out-Dez 2019. p.1015-1030.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 25694; 31 dez. 1990b.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 16 jan. 2012.

BRASIL. **Decreto nº 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 18 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde.** Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada** - CONASS Debate 5. Brasília. 2016. 116 p.

_____. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.** Brasília;2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 jun.2020.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 02 de 28 de setembro de 2017, anexo XXII – **Política Nacional da Atenção Básica.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>>. Acesso em: 10 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria de consolidação nº 01 de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV - anexo XV** – Tipificação de Estabelecimentos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Brasília. 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 jun.2020.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria de consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Anexo I - Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS .Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 13 set. 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Ambulatorial Especializada nas redes de atenção à Saúde** - Brasília. CONASS. 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** - Brasília. CONASS. 2015. p.127.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS v.4. Brasília. CONASS. 2011. p.223 .

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Geral do Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final Brasília, DF. Ministério da Saúde 1986. p.21. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Série Articulação Interfederativa 1. Ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2016. p.138.

_____. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Brasília. CONASS, 2011b. 436 p. (CONASS Documenta, 23). Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

CAMPOS, C.M.S. Reconhecimento das necessidades de saúde do adolescente. In: BORGES, A.L.V; FUJIMORI, E. (orgs). **Enfermagem e saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri. 2009.

CANONICI, E.L. **Modelos de Unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em sistemas regionais de atenção à saúde**. PROADI-SUS – Projeto Apoio ao desenvolvimento de sistemas regionais de saúde/Regiões de Saúde. São Paulo. 2014.

CARMO, D. do. **Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CECÍLIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS ABRASCO. 2001. p.113-126.

CECÍLIO. L.C.O et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11). 2012. p. 2893-2902.

- CHUEIRI P.S, HARZHEIM E, TAKEDA SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira MedFam Comunidade**. 2017;12(39):1-18. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363)
- DOMINGOS, C. M; FERRAZ, E. de M; CARVALHO, B. G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 43, n. 122. 2019. p. 700-711.
- E GESTOR. **Relatórios Públicos**: Histórico de cobertura. Dezembro 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em:13 set. 2021.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro. Edições Graal. 4ª ed. v. n. 7. 1984.
- FREIRE, M.P. **Regulação em saúde produtora de cuidado**: cartografia de novos arranjos [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2017.
- GOIÁS. Secretaria de Saúde do Estado. **Etapas da análise da situação de saúde**. Goiás. 2021. 11 p.
- GOYA N, ANDRADE LOM, PONTES RJS, TARJA FS. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde Soc**. 2016; 25(4):902- 919.
- GRIFELL, E. **Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar em Catalunha**: Funções e Interfaces. (Apresentação). Disponível em:<<https://cupdf.com/document/atencao-especializada-ambulatorial-e-hospitalar-em-catalunha-funcoes-e.html>> Acesso 09 jul. 2021.
- HELLER, A. **Teoria de las necesidades en Marx**. Traducido por J. F. Yvars. Ediciones Península. Barcelona.1978. Segunda edición, 1986.
- HINO P. *et al*. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista Escola Enfermagem USP**. 43(Spe 2). 2009. p.1156-67.
- HULKA, B.; WHEAT, J. **Patterns of utilization**: a patient perspective. *Medical Care*, 1985. 23(5):438-460.
- IUNES, R. Demanda e Demanda em Saúde, In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (orgs.), **Economia da Saúde**: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília, Ipea, 1995.
- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica 1-5. ed.** - São Paulo: Atlas, 2003.

- LIMA, L. D. de; *et al.* Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno. Infant.** Recife, 17 (Supl.1). 2017. p.S121-S133.
- MARCIA, H. ELOY, B. **O SUS e os consórcios públicos em saúde:** da teoria à prática Fortaleza: INESP, 2019. 85p.
- MATUS, C. **Planificación, Política y Gobierno.** OPS, Washington D. C., 1987. 768p.
- MATUS, C. O plano como aposta. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José L. **Planejamento e orçamento governamental:** coletânea. Brasília: Enap, v.2, 2006.
- MALIK, A. M. Oferta em serviços de saúde. **Revista USP.** São Paulo. n.51, set./nov. 2001. p. 146-157.
- MESQUITA, A.S. & SILVEIRA, L.T. **A clínica a favor dos sujeitos:** especialidades, hard core do SUS. Santos: Página aberta,1996.
- MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate.** 2003.v. 27, p. 316-323.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo – SP: Editora Hucitec, 2007.
- OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIA EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Regionalização na Saúde:** notas sobre a regionalização do sistema único de Saúde. Disponível em: <<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/regionalizacao>>. Acesso em: 28 jun.2021
- PAIM, J.S; **Desafios para saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA. 2006. 154 p.
- PAIM, J.S; “Modelos de atenção à saúde no Brasil”. In: GIOVANELLA, L., et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; 2012, p.459-491.
- PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da situação de saúde: O que são necessidades e o que são problemas de saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva:** Teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook. 2014 cap.03. p.29-39.
- PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO. R e MATTOS, R. A de.(orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8 ed, 2009. 69-116p.

PINTO et al. Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. In: PAIM, J.S. (org). **SUS – Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo, Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

PURSAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs.) **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SAMPAIO, M. V. de A. *et al.* **Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista (BA) e a garantia do direito à integralidade na atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista - BA, 2016.

SANTOS, A. M. dos; ALMEIDA, P. F. de. Atención especializada em regiones de salud: desafios para garantir el cuidado integral en Brasil. **Rev. Salud Pública**. 20 (3). 2018. p.301-307.

SANTOS, L.; PINTO, I. C. M. Práticas de saúde e formação de profissionais: os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno. In: MENDES-GONÇALVES, R. B.; AYRES, R. C. M. e SANTOS, L. (orgs.) **Sociedade, saúde e história**. São Paulo: HUCITEC; Porto Alegre: Rede Unida. 2017. p. 427-439.

SILVA, A. C. *et al.* **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. Monografia** [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, C. R.; *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4). 2017. p.1109-1120.

SILVA, J.P.V. de; PINHEIRO, R; MACHADO, F.R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**. v. 27, n. 65. 2003. p.234-242.

SILVA JUNIOR, A.G. da. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia, Saúde da Família: pontos para debate. In: ALMEIDA *et al* (orgs.) **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: Edufba, 2015. 309 p.

SILVEIRA FILHO, R. M. S. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, 26 [3]: Rio de Janeiro, 2016. p. 853-878.

SOLLA, J. CHIORO A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L. *et al* (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.547-576.

SOLLA, J; PAIM, J.S. Relações entre a Atenção Básica, de média e alta complexidade: Desafios para organização do cuidado no Sistema único de Saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro. Medbook. 2014 cap.24. p.343-352.

STARFIELD B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 710 p.

STOPA, S.R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51 Supl. 1:3s.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER - SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília. Ministério da Saúde. 2004.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p.

TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L.Q. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, mudança ou conservação?** In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro. Medbook. 2014.cap.21. p. 287-301.

TESSER, C.D; NETO, P.P; Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22 (3). 2017. p.941-951.

TRAVASSOS C; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde pública**. 20(Supl. 2). Rio de Janeiro. 2004. p. S190-S198.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F; FERNANDES, C; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1). 2000. 133-149.

VILASBÔAS, A. L.Q. Modelos de Atenção. In: PAIM, J.S. (org). **SUS – Sistema Único de Saúde**: tudo o que você precisa saber. São Paulo, Rio de Janeiro. Atheneu. 2019.

WEISZ, George. **The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century**. Bull. Hist. Med, v. 77, n. 3, p. 536-575, 2003.

ANEXOS¹⁰

¹⁰ Anexos II e III tiveram os nomes e assinaturas ocultados da imagem para manutenção do anonimato dos envolvidos na pesquisa em respeito aos aspectos éticos.

ANEXO I – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em pesquisa

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de Oferta e Utilização dos serviços da Policlínica Regional de Guanambi - Bahia (2017-2019)

Pesquisador: JOELMA DE MEIRA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39407320.1.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.370.877

Apresentação do Projeto:

A expansão da cobertura de serviços e ações no nível da Atenção Primária à Saúde¹ (APS), sobretudo pela Estratégia Saúde da Família, ampliou o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ocasionando um aumento significativo na solicitação de exames e procedimentos de apoio diagnóstico, terapêutico e de especialidades médicas ambulatoriais, e, conseqüentemente no processo de busca destes serviços (PINTO et al, 2019) com repercussão na crescente demanda pelos serviços da Atenção Especializada²

(AE), sem, contudo, na mesma proporção, garantir a oferta e utilização dos mesmos.

Atualmente a atenção secundária ou especializada ambulatorial encontra-se no limbo entre estes dois níveis (primário e terciário), com a sua organização de serviços orientada pela questão da oferta e demanda, mantendo a fragilidade da quase inexistente articulação entre os demais níveis de complexidade.

Nesse sentido e pelo fato do diagnóstico situacional de saúde ser elemento fundamental para subsidiar a definição de oferta de serviços dentro do território, sendo necessária APS resolutive e articulada aos níveis de média e alta complexidade, com fluxos de utilização definidos pela interação do comportamento de busca pelo cuidado e condução dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS, 2004) para garantia da integralidade do cuidado, este estudo se propõe a investigar: Qual o perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde de Guanambi– Bahia (2017-2019)?

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.370.877

Objetivo da Pesquisa:

Analisar aspectos significativos da Atenção Especializada diretamente relacionados à operacionalização da Policlínica Regional de Saúde de Guanambi – BA.

Identificar o perfil de oferta deste equipamento em saúde, correlacionado ao perfil de utilização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a possibilidade de ocorrer constrangimento e/ou exposição do participante da pesquisa, durante qualquer momento de realização deste estudo, neste sentido será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice D) visando esclarecer o participante acerca dos objetivos da pesquisa e do uso das informações levantadas nas entrevistas.

traz como benefícios a contribuição científica em virtude da lacuna existente acerca desta temática e embora não seja intervencionista, os resultados poderão colaborar para futuras tomadas de decisões que poderão otimizar a utilização dos serviços de média e alta complexidade ofertados pela policlínica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. A Região de Saúde de Guanambi (Figura 1) possui uma população de aproximadamente

477.796 mil habitantes, composta por 22 municípios. A Policlínica Regional de Guanambi possui um protocolo de acesso que estabelece o fluxo orientando a Atenção Primária à Saúde (APS) como principal ponto de atenção a referenciar o usuário buscando garantir a racionalidade e otimização da oferta e utilização do serviço. Para assegurar o deslocamento dos usuários, a unidade dispõe de logística própria de transporte com uma frota de 12 micro-ônibus, que realiza 11 roteiros, cobrindo os 22 municípios que compõem a região de saúde de Guanambi, possui ainda um veículo reserva para possíveis eventualidades. No momento do agendamento das consultas e procedimentos, são também realizadas as reservas de vagas nos veículos considerando inclusive a legislação vigente quanto à acompanhantes (menores/idosos).

Para produção de dados será realizada a análise documental e a aplicação de roteiro de entrevista semiestruturada com informantes chaves, os representantes da gestão, coordenação ou diretoria da: Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (APG/SESAB) - área técnica responsável pelo processo de implantação e implementação das policlínicas regionais de saúde; Policlínica Regional de Saúde (2017-2019) - a diretoria geral participou de algumas discussões no território que antecederam a implantação, além de vivenciar

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.370.877

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1642492.pdf | 21/10/2020 19:40:42 | | Aceito |
| Outros | Lattes_Joelma_Meira.pdf | 21/10/2020 19:38:13 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Outros | Lattes_Mariluce_Bomfim.pdf | 21/10/2020 19:36:47 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracaopesquisador_resolucoescns.pdf | 21/10/2020 19:35:49 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracaoorientador.pdf | 21/10/2020 19:33:28 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 20/10/2020 22:46:44 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.pdf | 20/10/2020 22:44:22 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Outros | ANUENCIACIR.pdf | 20/10/2020 22:43:02 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Declaração de concordância | AnuenciaPoliclinica.pdf | 20/10/2020 22:42:22 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAONICIOCOLETADEDAD OS.pdf | 20/10/2020 22:34:21 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracaopesquisadorexteriorjoelma.pdf | 20/10/2020 22:28:14 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 20/10/2020 14:53:27 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTOASSINADAjoelma.pdf | 09/10/2020 08:11:39 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 07/10/2020 16:14:44 | JOELMA DE MEIRA FERREIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cepiso@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.370.877

Não

SALVADOR, 29 de Outubro de 2020

Assinado por:
Alcione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepisc@ufba.br

ANEXO II – Termo de anuência do Consórcio Interfederativo do Alto Sertão



CONSÓRCIO
INTERFEDERATIVO
DE SAÚDE DO
ALTO SERTÃO



SECRETARIA DA
SAÚDE
BAHIA
GOVERNO DO ESTADO

Ofício Gab. nº 121/2020 Guanambi, BA., 20 de outubro de 2020

Ilma. Sra.
JOELMA DE MEIRA FERREIRA
GUANAMBI, BA.

Prezada Senhora,

Venho pelo presente, informar que o pedido de autorização para realização da coleta de dados da pesquisa: Perfil de Oferta e Utilização dos Serviços da Policlínica Regional de Guanambi (2017 - 2019) tendo como pesquisadora a mestranda **JOELMA DE MEIRA FERREIRA**, sob a orientação da **Prof. MARLUCE KARLA B. DE SOUZA** do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, foi autorizado mediante assinatura de **TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA**, que encontra-se disponível na sede do Consórcio Interfederativo de Saúde da Região do Alto Sertão.

Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Respeitosamente,

Av. Messias Pereira Donato, s/n, Aeroporto Velho, Guanambi, BA
cisaltosertao@gmail.com

ANEXO III – Termo de anuência da Comissão Intergestores Regional - CIR

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Núcleo Regional de Saúde – Sudoeste
Região de Saúde de Guanambi

**TERMO ANUÊNCIA**

Eu, _____, Coordenadora da Comissão Intergestores Regional – CIR Guanambi, estou ciente e autorizo o acesso às atas das reuniões da CIR que tiveram como pauta discussões sobre o processo de implantação/implementação e monitoramento da Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão – Região de Saúde de Guanambi para subsidiar a realização da pesquisa intitulada **Perfil de Oferta e Utilização dos Serviços da Policlínica Regional de Saúde de Guanambi – Bahia (2017-2019)** da mestrandia Joelma de Meira Ferreira, regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, área Gestão de Sistemas com ênfase no Trabalho e Educação em Saúde, sob orientação da Professora Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza, a ser realizada nesta instituição.

Atenciosamente,

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome (iniciais) _____
Formação: _____
Cargo Função: _____
Tempo que exerce cargo/função: _____
Instituição que representa: _____
Data da entrevista: _____

B. QUESTÕES

1. Como foi o processo de implantação da Policlínica Regional de Guanambi?
2. Como as decisões sobre os serviços e procedimentos a serem ofertados na Policlínica foram tomadas?
3. Quem participou do processo de definição da oferta? E por quê?
4. As definições sobre serviços e procedimentos a serem disponibilizados na Policlínica foram pautadas em alguma informação/conhecimento? Se sim, quais?
5. Existiu alguma dificuldade no processo de definição da oferta de serviços que antecedeu a implantação da Policlínica Regional? Quais? E como foram superadas?
6. As expectativas com relação a implantação e ofertas de serviços pela Policlínica, na região de saúde de Guanambi foram alcançadas? Exemplifique.
7. No período de 2017-2019 algum serviço (especialidades, exames ou procedimentos) foram adicionados ou deixaram de ser ofertados pela Policlínica Regional de Guanambi? Se sim, por que?
8. Atualmente, existe algum déficit, ou sobreposição de oferta de serviços da Policlínica Regional de Saúde de Guanambi? Descreva.
9. Quais as principais potencialidades e fragilidades relacionadas à oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Guanambi?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “**PERFIL DE OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA POLICLÍNICA REGIONAL DE GUANAMBI (2017-2019)**”. O objetivo deste estudo é analisar o perfil de oferta e utilização dos serviços da Policlínica Regional de Saúde de Guanambi, Bahia. A sua participação no referido estudo está vinculada a responder através de entrevista questões relacionadas ao processo de definição dos serviços ofertados na Policlínica Regional de Saúde de Guanambi e da utilização destes serviços. Caso haja este consentimento, sua entrevista será gravada e você poderá solicitá-la a qualquer momento para ouvir, retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. Quanto as informações dadas não serão identificadas os respondentes, sendo garantido o sigilo das respostas. Sua participação poderá contribuir com outros estudos acerca da mesma temática como também na identificação de potencialidades, mas também de possíveis fragilidades que a partir do resultado deste estudo poderão ser revistas e corrigidas, promovendo otimização dos serviços ofertados pela Policlínica Regional de Guanambi. Os riscos desta pesquisa estão relacionados a possibilidade de ocorrer constrangimento e/ou exposição do participante da pesquisa, durante qualquer momento de realização deste estudo. Neste sentido, todos os participantes serão esclarecidos sobre a liberdade de decidir manter -se ou afastar-se da pesquisa sem nenhuma pena. Você poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar -se e sem qualquer prejuízo por conta disso. Informações sobre este estudo poderão ser solicitadas através do telefone 71. 3283 - 7467, contato da Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza, orientadora desta pesquisa, lotada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ou 77 3451 – 6103, contato da mestranda entrevistadora/pesquisadora Joelma de Meira Ferreira lotada no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – Base Regional Guanambi. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP que tem objetivo de avaliar e emitir pareceres zelando pelos aspectos éticos dos estudos propostos procedendo à revisão dos riscos, dos benefícios, assegurando a preservação da dignidade humana, dos direitos dos participantes voluntários das pesquisas e do bem estar. O contato com o Comitê de Ética também poderá ser feito a partir do e-mail cepisc@ufba.br. Este termo foi elaborado em duas vias, uma do participante e outra do pesquisador, os mesmos deverão assinar ou rubricar em todas as páginas após a leitura e aceitação para participar da pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão apresentados às instituições envolvidas (Consórcio Interfederativo do Alto Sertão, Policlínica Regional de Saúde – Guanambi e CIR Guanambi) e destinados à publicação em revistas, periódicos e apresentação em eventos científicos. Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Guanambi, _____ de _____ de 2020

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE C – Tabelas de oferta e utilização de consultas exames e procedimentos (2017-2019)

TABELA 1: Percentual de utilização, perda e absenteísmo conforme nº de consultas por especialidade pactuadas, ofertadas, vagas perdidas, faltosos. Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, Bahia, Brasil. 2017-2019

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absenteísmo |
|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|--------------|---------------|
| ANGIO | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 2280 | 2479 | 1802 | 1594 | 885 | 153 | 64,30 | 35,70 | 8,49 |
| | 2019 | 2424 | 2280 | 2158 | 1940 | 340 | 191 | 85,09 | 14,91 | 8,85 |
| | TOTAL | 4704 | 4759 | 3960 | 3534 | 1225 | 344 | 74,26 | 25,74 | 8,69 |
| ANEST | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 1397 | 1270 | 711 | 610 | 660 | 82 | 48,03 | 51,97 | 11,53 |
| | 2019 | 768 | 762 | 567 | 522 | 240 | 45 | 68,50 | 31,50 | 7,94 |
| | TOTAL | 2165 | 2032 | 1278 | 1132 | 900 | 127 | 55,71 | 44,29 | 9,94 |
| CARDIO | 2017 | 703 | 673 | 176 | 137 | 536 | 19 | 20,36 | 79,64 | 10,80 |
| | 2018 | 5400 | 4402 | 3524 | 2885 | 1517 | 288 | 65,54 | 34,46 | 8,17 |
| | 2019 | 4896 | 4676 | 4502 | 3869 | 807 | 438 | 82,74 | 17,26 | 9,73 |
| | TOTAL | 10999 | 9751 | 8202 | 6891 | 2860 | 745 | 70,67 | 29,33 | 9,08 |
| CIRUR. | 2017 | 352 | 352 | 37 | 30 | 322 | 5 | 8,52 | 91,48 | 13,51 |
| | 2018 | 1524 | 1494 | 620 | 548 | 946 | 57 | 36,68 | 63,32 | 9,19 |
| | 2019 | 1536 | 974 | 749 | 640 | 334 | 92 | 65,71 | 34,29 | 12,28 |
| | TOTAL | 3412 | 2820 | 1406 | 1218 | 1602 | 154 | 43,19 | 56,81 | 10,95 |

TABELA 1: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo |
|---------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|--------------|------------------|
| CLÍNI | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2019 | 192 | 188 | 151 | 131 | 57 | 17 | 69,68 | 30,32 | 11,09 |
| | TOTAL | 192 | 188 | 151 | 131 | 57 | 17 | 69,68 | 30,32 | 11,09 |
| ENDOC. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 352 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 2280 | 2348 | 2010 | 1727 | 621 | 184 | 73,55 | 26,45 | 9,15 |
| | 2019 | 1728 | 1684 | 1636 | 1469 | 215 | 136 | 87,23 | 12,77 | 8,31 |
| | TOTAL | 4008 | 4032 | 3646 | 3196 | 836 | 320 | 79,27 | 20,73 | 8,78 |
| GASTRO | 2017 | 352 | 322 | 103 | 38 | 284 | 13 | 11,80 | 88,20 | 12,62 |
| | 2018 | 2496 | 2496 | 2003 | 1735 | 761 | 158 | 69,51 | 30,49 | 7,89 |
| | 2019 | 2640 | 2173 | 2015 | 1813 | 360 | 162 | 83,43 | 16,57 | 8,04 |
| | TOTAL | 5488 | 4991 | 4121 | 3586 | 1405 | 333 | 71,85 | 28,15 | 8,08 |
| GINECO. | 2017 | 703 | 703 | 145 | 104 | 599 | 30 | 14,79 | 85,21 | 20,69 |
| | 2018 | 3348 | 4213 | 3046 | 2592 | 1621 | 329 | 61,52 | 38,48 | 10,80 |
| | 2019 | 3540 | 3342 | 2982 | 2614 | 728 | 320 | 78,22 | 21,78 | 10,73 |
| | TOTAL | 7591 | 8258 | 6173 | 5310 | 2948 | 679 | 64,30 | 35,70 | 11,00 |

TABELA 1: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo |
|--------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|--------------|------------------|
| HEMAT. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 768 | 649 | 342 | 283 | 366 | 52 | 43,61 | 56,39 | 15,12 |
| | 2019 | 2880 | 2853 | 2029 | 1865 | 988 | 135 | 65,37 | 34,63 | 6,65 |
| | TOTAL | 3648 | 3502 | 2371 | 2148 | 1354 | 187 | 61,34 | 38,66 | 7,88 |
| MAST. | 2017 | 352 | 345 | 52 | 39 | 306 | 15 | 11,30 | 88,70 | 28,85 |
| | 2018 | 2280 | 2294 | 1273 | 1108 | 1186 | 127 | 48,30 | 51,70 | 9,98 |
| | 2019 | 1920 | 1908 | 1596 | 1446 | 462 | 133 | 75,79 | 24,21 | 8,33 |
| | TOTAL | 4552 | 4547 | 2921 | 2593 | 1954 | 275 | 57,03 | 42,97 | 9,41 |
| NEURO | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 2018 | 960 | 562 | 512 | 434 | 128 | 62 | 77,22 | 22,78 | 12,09 |
| | 2019 | 1920 | 2158 | 2065 | 1825 | 333 | 212 | 84,57 | 15,43 | 10,27 |
| | TOTAL | 2880 | 2720 | 2577 | 2259 | 461 | 274 | 83,05 | 16,95 | 10,63 |
| OFTAL. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 6132 | 5436 | 4563 | 3918 | 1518 | 499 | 72,08 | 27,92 | 10,94 |
| | 2019 | 3564 | 4060 | 3909 | 3393 | 667 | 450 | 83,57 | 16,43 | 11,51 |
| | TOTAL | 9696 | 9496 | 8472 | 7311 | 2185 | 949 | 76,99 | 23,01 | 11,20 |

TABELA 1: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo |
|---------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|--------------|------------------|
| ONCOL. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2019 | 72 | 97 | 63 | 55 | 42 | 6 | 56,70 | 43,30 | 9,02 |
| | TOTAL | 72 | 97 | 63 | 55 | 42 | 6 | 56,70 | 43,30 | 9,02 |
| ORTOP. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 1520 | 1540 | 1384 | 1243 | 297 | 121 | 80,71 | 19,29 | 8,74 |
| | 2019 | 2880 | 2877 | 2711 | 2428 | 449 | 238 | 84,39 | 15,61 | 8,78 |
| | TOTAL | 4400 | 4417 | 4095 | 3671 | 746 | 359 | 83,11 | 16,89 | 8,77 |
| OTOR. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 3072 | 3386 | 2648 | 2310 | 1076 | 278 | 68,22 | 31,78 | 10,50 |
| | 2019 | 3840 | 3276 | 3050 | 2739 | 537 | 275 | 83,61 | 16,39 | 9,02 |
| | TOTAL | 6912 | 6662 | 5698 | 5049 | 1613 | 553 | 75,79 | 24,21 | 9,71 |
| PEDIAT. | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 845 | 818 | 510 | 431 | 387 | 65 | 52,69 | 47,31 | 12,71 |
| | 2019 | 2016 | 2033 | 1779 | 1576 | 457 | 177 | 77,52 | 22,48 | 9,95 |
| | TOTAL | 2861 | 2851 | 2289 | 2007 | 844 | 242 | 70,40 | 29,60 | 10,57 |

TABELA 1: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------------|--------------|------------------|
| PNEUMO | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | Na |
| | 2018 | 384 | 293 | 264 | 227 | 66 | 37 | 77,47 | 22,53 | 13,93 |
| | 2019 | 1056 | 730 | 667 | 625 | 105 | 33 | 85,62 | 14,38 | 4,95 |
| | TOTAL | 1440 | 1023 | 931 | 852 | 171 | 70 | 83,28 | 16,72 | 7,50 |
| UROLO | 2017 | 352 | 327 | 111 | 91 | 236 | 12 | 27,83 | 72,17 | 10,81 |
| | 2018 | 2280 | 2825 | 1945 | 1670 | 1155 | 231 | 59,12 | 40,88 | 11,88 |
| | 2019 | 3840 | 3116 | 2514 | 2235 | 881 | 247 | 71,73 | 28,27 | 9,82 |
| | TOTAL | 6472 | 6268 | 4570 | 3996 | 2272 | 490 | 63,75 | 36,25 | 10,72 |
| TOTAL GERAL 2017-2019 | | 82702 | 79816 | 62924 | 54909 | 24907 | 6123 | 68,79 | 31,21 | 9,73 |

Fonte: Relatórios SIGES – Indicador consulta Pactuado x Ofertado (Doc1) e relatórios gerenciais internos da policlínica (Doc2). *Anestesiologia e Otorrinolaringologia - ofertas iniciadas em Janeiro 2018 / Ortopedia - Maio 2018/ Neurologia - Julho 2018/ Pediatria - Agosto 2018/ Hematologia e Pneumologia - Setembro 2018/ Clínico e Oncologia Clínica - Setembro 2019

TABELA 2: Percentual de utilização, perda e absenteísmo conforme nº de exames e procedimentos pactuados, ofertados, vagas perdidas, faltosos. Policlínica Regional de Saúde do Alto Sertão, Bahia, Brasil. 2017-2019

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absenteísmo | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|--------------|------------------|------|
| COLONOS | COPIA | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | | 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2019 | 960 | 699 | 610 | 464 | 235 | 51 | 66,38 | 33,62 | 8,36 |
| | TOTAL | 960 | 699 | 610 | 464 | 235 | 51 | 66,38 | 33,62 | 8,36 | |
| ECO CAR | 2017 | 0 | 62 | 61 | 28 | 15 | 34 | 45,16 | 54,84 | 24,59 | |
| | 2018 | 1276 | 2184 | 2128 | 1917 | 267 | 146 | 87,77 | 12,23 | 6,86 | |
| | 2019 | 3312 | 3232 | 3151 | 2862 | 370 | 240 | 88,55 | 11,45 | 7,62 | |
| | TOTAL | 4588 | 5478 | 5340 | 4807 | 671 | 401 | 87,75 | 12,25 | 7,51 | |
| ECG | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | 2018 | 5302 | 5266 | 2000 | 1708 | 3558 | 256 | 32,43 | 67,57 | 12,80 | |
| | 2019 | 5762 | 5166 | 2971 | 2544 | 2622 | 353 | 49,25 | 50,75 | 11,88 | |
| | TOTAL | 11064 | 10432 | 4971 | 4252 | 6180 | 609 | 40,76 | 59,24 | 12,25 | |
| EEG | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | 2018 | 820 | 779 | 621 | 548 | 231 | 48 | 70,35 | 29,65 | 7,73 | |
| | 2019 | 802 | 1002 | 884 | 770 | 232 | 93 | 76,85 | 23,15 | 10,52 | |
| | TOTAL | 1622 | 1781 | 1505 | 1318 | 463 | 141 | 74,00 | 26,00 | 9,37 | |

TABELA 2: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo | |
|----------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|-----------------|--------------|------------------|-------|
| ELETRON | EURO | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | | 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2019 | 176 | 116 | 106 | 87 | 29 | 12 | 75,00 | 25,00 | 11,32 |
| | TOTAL | 176 | 116 | 106 | 87 | 29 | 12 | 75,00 | 25,00 | 11,32 | |
| ENDOSCO | PIA | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | | 2018 | 1104 | 1036 | 841 | 697 | 339 | 73 | 67,28 | 32,72 | 8,68 |
| | | 2019 | 1368 | 1291 | 1225 | 1032 | 259 | 130 | 79,94 | 20,06 | 10,61 |
| | TOTAL | 2472 | 2327 | 2066 | 1729 | 598 | 203 | 74,30 | 25,70 | 9,83 | |
| ERGOMET | RIA | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | | 2018 | 1787 | 1373 | 987 | 861 | 512 | 64 | 62,71 | 37,29 | 6,48 |
| | | 2019 | 1320 | 945 | 869 | 779 | 166 | 83 | 82,43 | 17,57 | 9,55 |
| | TOTAL | 3107 | 2318 | 1856 | 1640 | 678 | 147 | 70,75 | 29,25 | 7,92 | |
| HOLTER | | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | |
| | | 2018 | 693 | 770 | 688 | 595 | 175 | 65 | 77,27 | 22,73 | 9,45 |
| | | 2019 | 943 | 891 | 832 | 733 | 158 | 80 | 82,27 | 17,73 | 9,62 |
| | TOTAL | 1636 | 1661 | 1520 | 1328 | 333 | 145 | 79,95 | 20,05 | 9,54 | |

TABELA 2: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo | |
|------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|--------------|------------------|-------|
| MAMOGRA | FIA | 2017 | 0 | 115 | 51 | 35 | 80 | 13 | 30,43 | 69,57 | 25,49 |
| | | 2018 | 3278 | 3557 | 2799 | 2438 | 1119 | 290 | 68,54 | 31,46 | 10,36 |
| | | 2019 | 3611 | 3550 | 3146 | 2639 | 911 | 416 | 74,34 | 25,66 | 13,22 |
| | TOTAL | 6889 | 7222 | 5996 | 5112 | 2110 | 719 | 70,78 | 29,22 | 11,99 | |
| MAPA | | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2018 | 693 | 755 | 333 | 286 | 469 | 38 | 37,88 | 62,12 | 11,41 |
| | | 2019 | 943 | 880 | 535 | 467 | 413 | 67 | 53,07 | 46,93 | 12,52 |
| | TOTAL | 1636 | 1635 | 868 | 753 | 882 | 105 | 46,06 | 53,94 | 12,10 | |
| PEQ. CIR. | | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2018 | 571 | 592 | 197 | 159 | 433 | 21 | 26,86 | 73,14 | 10,66 |
| | | 2019 | 2206 | 2382 | 985 | 811 | 1571 | 1 | 34,05 | 65,95 | 0,10 |
| | TOTAL | 2777 | 2974 | 1182 | 970 | 2004 | 78 | 32,62 | 67,38 | 6,60 | |
| PUNÇÃO/B | IÓPSIA | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2018 | 638 | 628 | 346 | 325 | 303 | 17 | 51,75 | 48,25 | 4,91 |
| | | 2019 | 858 | 1455 | 921 | 857 | 598 | 42 | 58,90 | 41,10 | 4,56 |
| | TOTAL | 1496 | 2083 | 1267 | 1182 | 901 | 59 | 56,75 | 43,25 | 4,66 | |

TABELA 2: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo | |
|----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-----------------|--------------|------------------|-------|
| RADIOGRA | FIA | 2017 | 1242 | 1242 | 93 | 90 | 1152 | 0 | 7,25 | 92,75 | 0,00 |
| | | 2018 | 8863 | 7716 | 4301 | 3273 | 4443 | 481 | 42,42 | 57,58 | 11,18 |
| | | 2019 | 9600 | 10441 | 9110 | 7719 | 2722 | 1200 | 73,93 | 26,07 | 13,17 |
| | TOTAL | 19705 | 19399 | 13504 | 11082 | 8317 | 1681 | 57,13 | 42,87 | 12,45 | |
| RESSÔNÁ | NCIA | 2017 | 460 | 460 | 149 | 115 | 345 | 10 | 25,00 | 75,00 | 6,71 |
| | | 2018 | 5422 | 4337 | 4207 | 3721 | 616 | 244 | 85,80 | 14,20 | 5,80 |
| | | 2019 | 4428 | 5025 | 4921 | 4490 | 535 | 272 | 89,35 | 10,65 | 5,53 |
| | TOTAL | 10310 | 9822 | 9277 | 8326 | 1496 | 526 | 84,77 | 15,23 | 5,67 | |
| TOMOGRA | FIA | 2017 | 412 | 412 | 104 | 87 | 325 | 9 | 21,12 | 78,88 | 8,65 |
| | | 2018 | 6324 | 5978 | 4495 | 4068 | 1910 | 232 | 68,05 | 31,95 | 5,16 |
| | | 2019 | 9280 | 7185 | 6811 | 6052 | 1133 | 433 | 84,23 | 15,77 | 6,36 |
| | TOTAL | 16016 | 13575 | 11410 | 10207 | 3368 | 674 | 75,19 | 24,81 | 5,91 | |
| TTº | FERIDAS | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | | 2019 | 540 | 964 | 373 | 356 | 608 | 5 | 36,93 | 63,07 | 1,34 |
| | TOTAL | 540 | 964 | 373 | 356 | 608 | 5 | 36,93 | 63,07 | 1,34 | |

TABELA 2: (cont.)

| | | Pactuadas | Ofertadas | Agendadas | Atendidas | Perdidas | Faltosos | % Utilização | % Perda | % Absentéismo |
|----------------------------------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------------|--------------|------------------|
| USG | 2017 | 394 | 394 | 35 | 25 | 369 | 2 | 6,35 | 93,65 | 5,71 |
| | 2018 | 3190 | 2523 | 1939 | 1676 | 847 | 246 | 66,43 | 33,57 | 12,69 |
| | 2019 | 5614 | 4649 | 4389 | 3799 | 850 | 477 | 81,72 | 18,28 | 10,87 |
| VIDEOLARI NGO | 2017 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA |
| | 2019 | 140 | 140 | 111 | 96 | 44 | 10 | 68,57 | 31,43 | 9,01 |
| TOTAL | | 140 | 140 | 111 | 96 | 44 | 10 | 68,57 | 31,43 | 9,01 |
| TOTAL GERAL 2017-2019 | | 94332 | 90192 | 68325 | 59209 | 30983 | 6291 | 65,65 | 34,35 | 9,21 |

Fonte: Relatórios SIGES – Indicador consulta Pactuado x Ofertado (Doc1) e relatórios gerenciais internos da policlínica (Doc2). * Colonoscopia iniciou oferta em janeiro 2019/ 2. Tratamento de feridas - março 2019 / 3. Eletroneuromiografia - maio 2019/ 4. Videolaringoscopia - agosto 2019