

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde”

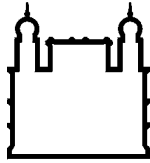
por

Adriano Maia dos Santos

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Rio de Janeiro, março de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde”

apresentada por

Adriano Maia dos Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ligia Maria Vieira da Silva

Prof.^a Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima

Prof.^a Dr.^a Ligia Giovanella – Orientadora

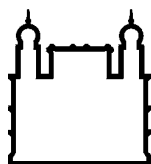
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Adriano Maia dos
Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da
Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede
regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção
Primária à Saúde. / Adriano Maia dos Santos. -- 2013.
332 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Giovanella, Ligia
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integração de Sistemas.
3. Regionalização. 4. Integração de Sistemas. 5. Acesso aos
Serviços de Saúde. 6. Médicos de Atenção Primária. I.
Título.

CDD – 22.ed. –



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 28 de março de 2013.

Adriano Maia dos Santos

/Fa

Dedico a Naldo,

Por cuidar de mim...

AGRADECIMENTOS

Para escrever, inspiro-me nas coisas simples do cotidiano, de tal modo que o mar, a lua, o pôr do sol e as corujas sempre me tocam. Não sei bem o porquê, mas converso com os elementos e fenômenos da natureza e encontro renovadas maneiras de escrever e argumentar... foi assim na dissertação de mestrado, continuou na tese...

Nesse contato com o universo ao meu redor, a tese tem muito de mim, tem muito de cada lugar e das pessoas que compartilharam suas histórias comigo. Algumas parecem tão eternas, mas a vida é efêmera e nos alerta para cuidarmos melhor das coisas e, particularmente, das pessoas. Ao meu pai, que partiu na trajetória dessa tese, agradeço por tudo que pode me ensinar. Acho que em seis meses, convivemos mais que toda nossa história pregressa...

E a vida continua... e os amigos são fundamentais para permanecermos fortes. Agradeço a Sandro, amigo incondicional.

Às amigas Karine e Edilene, duas grandes professoras, que não medem esforços para ajudar e cuidar dos amigos. Meus agradecimentos, também, a Kaany e Marluce Campos pelo apoio nas atividades na disciplina Educação em Saúde, bem como, aos professores e funcionários que tornam o IMS-CAT-UFBA um lugar cada dia melhor.

À querida amiga Ana Áurea, por nossa sintonia, pela cumplicidade, por cuidar de minha mãe...

À professora Marluce Assis, pela contribuição permanente na minha carreira acadêmica. Pelas produções compartilhadas e vínculo de amizade.

À Flávia Wagner, uma amiga poliglota, companheira de viagem pela Europa. Por cuidar de quem cuida de mim...

Aos amigos de doutorado, uma turma inesquecível.

À Mônica e ao Fagundes que me acolheram em seu lar.

Aos amigos Victor e Luiz, pessoas maravilhosas, generosas, imprescindíveis. Pelo acolhimento e amizade.

Às amigas Deise, Ângela, Claudia e Hayda. Por tornarem o Rio de Janeiro, ainda, mais maravilhoso, pelo bom humor, pelas peças de teatro, pelos trabalhos em equipe...

À amiga Cris, pelo acolhimento em seu apartamento e por prover um porto seguro todas às vezes que fui ao Rio.

À amiga Patty Fidelis, pela oportunidade de trabalharmos juntos e pelas longas conversas sobre a tese.

A Henrique Botelho (meu orientador em Portugal) e Maria João, amigos portugueses que me acolheram e compartilharam comigo boa música, ótima comida e excelentes vinhos.

Ao meu, também, orientador português, Jaime Correia, por aceitar minha solicitação de estágio de doutoramento sanduíche, pela colaboração na construção e crítica do relatório.

À Universidade Federal da Bahia pelo apoio e incentivo à qualificação docente. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz, à Universidade do Minho (Braga, Portugal) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio para realização do doutoramento sanduíche.

Aos membros da banca de avaliação da tese.

A Lincoln e Claudio, do NUPES.

Um agradecimento especial aos gestores que autorizaram a pesquisa e todos os sujeitos do estudo que contribuíram substancialmente para materialização dessa tese. Um destaque, também, para os profissionais das Unidades de Saúde Familiar portuguesas que compartilharam comigo seu cotidiano de trabalho.

Aos professores Gilles Dussault e Zulmira Hartz, da Universidade Nova de Lisboa, pela atenção e colaboração, respectivamente, com a matriz de análise e debate sobre o Sistema Nacional de Saúde português. Também a Luiz Pisco, pela atenção e preciosa conversa sobre a Reforma da Atenção Primária à Saúde em Portugal.

A Eduardo, Grace, Tate, Loi, Cida, Núbia e Joca, primos-irmãos sempre disponíveis quando mais preciso.

Às queridas tias Neuza, Antonieta e Terezinha, responsáveis, também, por minha formação.

Aos meus irmãos Marco e Henrique, grandes amigos. Vocês sabem o quanto eu caminhei pra chegar até aqui... Valeu pela parceria e por estarem sempre ao meu lado...

À minha mãe. Onipresente e sinônimo de cuidado. Obrigado pelo amor incondicional e pela força que me faz forte.

À querida Ligia Giovanella. Professora e orientadora com dedicação, disponibilidade e entusiasmo contagiante na orientação da tese. Por acreditar em mim, por respeitar meus limites e me incentivar a ir sempre mais além. Pelas orientações precisas e ensinamentos imprescindíveis. Por tornar a distância geográfica Brasil-Alemanha mero detalhe e estar presente para orientações rotineiras e tão agradáveis que nem víamos o tempo passar. Apostando no meu trabalho, abriu um espaço de aprendizagem acadêmica e criou vínculo de amizade que desejo muito manter pós-tese.

Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidado recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos.

Leonardo Boff (2001)

RESUMO

Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde

Temas comuns como envelhecimento populacional, crescente necessidade de enfrentamento das condições crônicas, comorbidades, novas modalidades de diagnóstico e terapia, excessiva especialização e subspecialização dos profissionais, demanda por cuidados continuados e elevados custos na área da saúde têm exposto a ineficiência dos sistemas fragmentados e descoordenados. Em contraposição, a *gestão do cuidado* potencializa a conformação de redes regionalizadas com serviços integrados e cuidados coordenados por equipes de APS. Entende-se que a *gestão do cuidado* se processa nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas, que articulados superam a fragmentação e garantem a integralidade e continuidade da atenção à saúde. Com foco na *gestão do cuidado* na rede regionalizada, a pesquisa teve por objetivos: analisar as estratégias político-institucionais para a conformação de uma rede regional; analisar a posição da Estratégia Saúde da Família (ESF) no processo de conformação da rede regionalizada; descrever os fluxos e contrafluxos (formais e reais) de usuários, conformados nos serviços de saúde; e identificar os dispositivos facilitadores e limitantes para integração da rede de serviços de saúde e coordenação dos cuidados por equipes de saúde da família. Foi realizado estudo de caso na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (BA). Como instrumento de análise, foi construída uma *Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde*, composta pelos três níveis da *gestão do cuidado* – político-institucional, organizacional e das práticas de saúde –, e por dimensões constitutivas de uma rede regionalizada: Território e população; Componentes da governança regional; Centralidade da APS; Rede de estabelecimento extensa e diversificada; Dispositivos de regulação assistencial regional; Sistema de apoio à atenção; Sistema logístico; Gestão do trabalho e processos educacionais em saúde para ESF. Cada dimensão foi decomposta em subdimensões e detalhada em critérios para cada nível de análise sintetizando uma imagem-objetivo. As fontes de informação foram entrevistas semiestruturadas com gestores/gerentes, grupos focais com trabalhadores da saúde e usuários, documentos institucionais, dados secundários dos sistemas de informação em saúde e observações. A investigação da microrregião foi realizada a partir de quatro cenários municipais. Os resultados indicam que o principal instrumento de governança regional é o Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR), mas que a baixa autonomia dos secretários de saúde em relação ao executivo municipal, representa uma barreira às decisões colegiadas. Além disso, a permeabilidade aos interesses privados e as interferências político-partidárias nas práticas profissionais, no comportamento de algumas instituições e nos fluxos assistenciais contrariam a possibilidade de construção de redes solidárias, com integração dos serviços e coordenação do cuidado, pois desconsideram os fluxos pactuados formalmente, criam circuitos paralelos, transformando o direito à saúde em mercadoria e troca de favores. A APS não ocupa centralidade na rede, evidenciando-se desafios à prestação de serviço de primeiro contato e limites ao acesso regular dos usuários, decorrentes de processos de trabalho centrado no médico e serviços “sem médico”. Ao lado disso, a gestão do cuidado na rede é prejudicada pela insuficiência na oferta de serviços especializados e pela integração comunicacional incipiente entre os níveis assistenciais. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) mostra-se com limites decorrentes da defasagem do financiamento e não logra reverter os vazios assistenciais, expondo as equipes de APS a dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos. A ausência de prontuários eletrônicos nas unidades de APS e de especialidades, a falta de conectividade entre os diversos pontos da rede e o uso limitado de protocolos clínicos restringem o contato entre profissionais, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes serviços. Esse mosaico de problemas parece partilhar, entre outras gêneses, da indefinição de um modelo de atenção coerente com a *Gestão do Cuidado* nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integração de Sistemas; Regionalização; Redes de Atenção à Saúde; Acesso a Serviços de Saúde; Médicos de Atenção Primária.

ABSTRACT

Management of Care in the Health Micro-region of Vitória da Conquista (Bahia): challenges in introducing a PHC-coordinated, regionalized care network

Common issues such as population aging, the growing need to address chronic conditions, comorbidities, new modalities of diagnosis and therapy, medical over- and under-specialization, demand for continued care and high healthcare costs, have all exposed the inefficiency of fragmented, uncoordinated systems. *Care management*, on the contrary, leverages the formation of regionalized networks with integrated services and care coordinated by PHC teams. *Care management* is taken here to mean the process at the levels of institutional policy, organization and practice, working together, that surmounts fragmentation and ensures the comprehensiveness and continuity of health care. Focusing on care management in the regionalized network, this study aimed to: examine institutional policy strategies for forming a regional network; examine the position of Brazil's Family Health Strategy in the process of forming the regionalized network; describe the user flows and counter-flows (both formal and real) in the health services; and identify devices facilitating and limiting integration of the health service network and coordination of care by family health teams. A case study was conducted in the Health Micro-region of Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. The analytical tool constructed for that purpose, an *Analytical matrix for care management in a regionalized health care network*, comprised three levels of *care management* (institutional, organizational and health care practice) and by constitutive dimensions of a regionalized network: territory and population; components of regional governance; centrality of Primary Health Care (PHC); an extensive and diversified network of health services; regional care regulation devices; health care support system; logistic system; work management; and health education processes for the Family Health Strategy. Each dimension was disaggregated into sub-dimensions and detailed in criteria for each level of analysis, summarizing an ideal image-goal framework. Information was sourced from semi-structured interviews of policy makers and managers, health worker and user focal groups, institutional documents, secondary data from health information systems, and observations. The micro-region study was performed in four municipal settings. The results indicate that the key instrument of regional governance is the micro-region collegiate management body (*Colegiado de Gestão Microrregional*, CGMR), but that local health departments' low level of autonomy from the municipal executive represents a barrier to collegiate decisions. In addition, permeability to private interests and party political interferences in professional conduct, in the behavior of some institutions and in care flows undermines the possibility of constructing networks in cooperation, with integrated services and coordinated care, because it disregards the formally agreed flows, creates parallel circuits, and transforms the right to health into merchandise and a token of exchange. The position of PHC is not central in the network, and there is evidence that provision of first-contact services faces challenges and regular user access is limited as a result of physician-centered work processes and 'physicianless' services. Together with this, care management in the network is impaired by inadequate supply of specialized services and only incipient communicational integration among levels of care. Agreed and Integrated Planning (*Programação Pactuada e Integrada*, PPI) is proving to be limited by funding lags and is unable to fill gaps in care, exposing PHC teams to difficulties at the care rearguard, limiting continuity of care and resolution rates. The lack of e-records at PHC facilities, the lack of connectivity among the various network nodes and the limited use of clinical protocols all restrict contact among health personnel, with users being the key conveyers of information among the various services. This mosaic of problems appears to stem from – among other sources – a lack of definition of a model of care consistent with care management at the levels of institutional policy, organization and health care practice.

Keywords: Primary Health Care; System Integration; Regionalization; Health Care Networks; Health Service Access; Primary Health Care Physicians.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Primeiras aproximações e envolvimento com o objeto de estudo.....	13
Recorte do objeto de estudo e justificativa.....	15
Questões e objetivos da pesquisa.....	20
Estrutura da tese.....	23
CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA	25
1.1 O processo de descentralização e os componentes estratégicos da regionalização para gestão do cuidado em rede de saúde.....	25
1.2 Redes de atenção à saúde e o <i>status</i> da Atenção Primária à Saúde.....	31
1.3 Atenção Primária à Saúde, no Brasil, como coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde.....	38
1.4 Integração e coordenação: contribuições para pensar a gestão do cuidado em redes de atenção à saúde em sistemas regionalizados.....	43
CAPÍTULO II – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	63
2.1 Tipo de estudo.....	63
2.2 Níveis de investigação na gestão do cuidado em saúde.....	64
2.3 Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde.....	66
2.3.1 Construção e validação da matriz de análise.....	72
2.4 Campo de estudo e seleção do caso.....	83
2.5 Sujeitos do estudo.....	85
2.6 Fontes de informação, técnicas e coleta de dados.....	87
2.6.1 Entrevistas semiestruturadas.....	87
2.6.2 Grupo Focal.....	88
2.6.3 Observação em campo.....	91
2.6.4 Registro documental.....	92
2.7 Considerações Éticas.....	93
2.8 Etapa exploratória e entrada no campo.....	94
2.9 Análise dos dados.....	95
2.9.1 Análise da dimensão II – Componentes da governança regional.....	97
2.9.2 Análise da dimensão III – Centralidade da APS.....	98
2.9.3 Análise das dimensões IV, V, VI e VII.....	99
2.9.4 Fluxograma descritor.....	101
2.10 Interpretação dos dados.....	103
CONTEXTO DO ESTUDO	106
2.11 Características demográficas e socioeconômicas do estado da Bahia.....	106
2.12 Condições de saúde no estado da Bahia.....	109
2.13 Políticas de saúde na Bahia (dos anos sessenta a 2006).....	110
2.14 Regionalização na Bahia no contexto do Pacto pela Saúde: da habilitação “cartorial” à pactuação “voluntária” (2007-2012).....	115
2.15 Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista.....	121
CAPÍTULO III – GOVERNANÇA NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA: ESTRATÉGIAS E DISPUTAS NA GESTÃO DO CUIDADO	126
3.1 Mecanismo da governança regional.....	127

3.1.1	Colegiado de Gestão Microrregional de Vitória da Conquista: institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos.....	127
3.1.2	Micropoderes nas instâncias colegiadas e o papel de “apoiador institucional” da DIRES no processo de regionalização na Microrregião de Vitória da Conquista.....	136
3.2	Financiamento regional e relações público-privadas.....	142
3.2.1	Relação público-privada na Microrregião de Vitória da Conquista: implicações do financiamento do SUS e a subordinação dos territórios à lógica de interesses privados.....	142
3.3	Participação social.....	152
3.3.1	O apagamento da participação social e a necessidade de democratização do espaço público: quem defende a saúde pública no território microrregional?.....	152
3.4	Matriz Síntese dos Resultados: dimensão II – Componentes da governança regional.....	158

CAPÍTULO IV – POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA MICRORREGIÃO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

		160
4.1	Organização da ESF (acesso e porta de entrada preferencial).....	161
4.1.1	Unidades de Saúde da Família: desafios à prestação de serviço de primeiro contato e limites ao acesso regular dos usuários.....	161
4.1.2	Processo de trabalho nas EqSF: modelo médico-centrado e serviços “sem médico”	172
4.2	Função de filtro e coordenação e continuidade do cuidado.....	186
4.2.1	O desafio de coordenar o cuidado em territórios com múltiplas portas de entrada, integração comunicacional incipiente entre os níveis assistenciais e insuficiência na oferta de serviços especializados.....	186
4.3	Expansão da oferta de serviços e funções da ESF.....	196
4.3.1	Abrangência e integralidade na ESF: novos sujeitos compartilhando o cuidado, mas com restrição na oferta de serviços comprometendo a resolubilidade das necessidades dos usuários.....	196
4.4	Matriz Síntese dos Resultados: dimensão III – Centralidade da APS.....	208

CAPÍTULO V – FLUXOS ASSISTENCIAIS E DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO NA REDE MICRORREGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA

		214
5.1	Suficiência da oferta pública de serviços da atenção especializada e Principal propriedade dos prestadores de serviço de saúde.....	215
5.1.1	Mecanismos de financiamento e modalidades de gestão para oferta de serviços de saúde na microrregião: subfinanciamento público e centralidade no procedimento médico com restrição na oferta pública de vagas.....	215
5.2	Sistema de regulação e marcação de consultas e exames e Sistema de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.....	220
5.2.1	Longos períodos de espera comprometendo o cuidado e centros de especialidades inadequados à prestação de cuidados às condições crônicas..	220
5.3	Instrumentos para continuidade do cuidado e Identificação de usuários.....	231
5.3.1	Informação assistencial a cargo do usuário, comunicação incipiente entre profissionais de diferentes pontos e subutilização de protocolos clínicos na	

	rede.....	231
5.4	Sistema de transporte sanitário.....	238
5.4.1	Serviço público regular de transporte entre os municípios, mas com dificuldades na organização para contemplar a diversidade de necessidades e trajetórias dos usuários na rede.....	238
5.5	Fluxos para atenção especializada.....	244
5.5.1	Circuitos assistenciais e as trajetórias dos usuários na busca por cuidado em saúde na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista.....	244
	Primeiro cenário.....	245
	Segundo cenário.....	251
	Terceiro cenário.....	257
	Quarto cenário.....	262
5.6	Matriz Síntese dos Resultados: dimensões IV, V, VI e VII.....	267
 CAPÍTULO VI – GESTÃO DO CUIDADO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA (BAHIA): ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS REGIONALIZADOS?		 273
6.1	Governança na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista: estratégias e disputas na gestão do cuidado.....	273
6.2	Posição da Estratégia Saúde da Família na Microrregião de Vitória da Conquista.....	279
6.3	Fluxos assistenciais e dispositivos de integração e coordenação na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista.....	286
6.4	Limites do estudo.....	292
6.5	Contribuições do estudo.....	293
6.6	Linha de chegada e algumas considerações.....	294
 REFERÊNCIAS		 298
APÊNDICES		
	Apêndice A – Roteiro de entrevista (Gestor/gerente).....	319
	Apêndice B – Roteiro Grupo Focal (Trabalhador de saúde).....	323
	Apêndice C – Roteiro Grupo Focal (Usuário).....	327
	Apêndice D – TCLE Gestores/gerentes.....	330
	Apêndice E – TCLE Trabalhadores da saúde.....	331
	Apêndice F – TCLE Usuários.....	332

INTRODUÇÃO

Primeiras aproximações e envolvimento com o objeto de estudo¹

O principal interesse, para a realização desta pesquisa, nasce da inquietação acerca dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), da necessidade de conhecê-los e empreender esforço cognitivo para investigá-los enquanto fenômenos concretos.

O primeiro desafio talvez assente no campo pessoal, pois decidi sair da zona de conforto², ou seja, deixando latente o núcleo de saber específico da Odontologia e das políticas em saúde bucal para enveredar pelo terreno das políticas públicas de maneira mais abrangente. Outra questão que se apresenta é a familiaridade com a pesquisa qualitativa e abordagens com foco na micropolítica da saúde, assim, novamente um estranhamento se coloca: caminhar pelas macropolíticas, aliando ferramentas menos familiares para compreender o fenômeno.

Não obstante, o movimento de afastamento provisório da saúde bucal surpreendeu-me, uma vez que permitiu uma percepção mais ampliada sobre o próprio núcleo de saber, contribuindo para sua desalienação. Esse caminho fez-se necessário pelas novas inserções no mundo do trabalho e uma nova práxis.

O processo de trabalho docente numa Instituição de Ensino Superior (IES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde, *Campus Anísio Teixeira*³, desde 2006, direcionado para cursos na área da saúde, ministrando componentes curriculares das políticas públicas em saúde nos cursos de Enfermagem, Farmácia e Nutrição, bem como a necessidade de qualificar o discurso para discentes ávidos por conhecimento e, imersos em novos meios de informação que nos tornam “arcaicos” a cada nova mensagem nas “redes sociais”, sinalizava o momento para uma nova empreitada que atendesse e contribuísse com as novas demandas pessoais e coletivas.

¹ Decidimos por uma leve transgressão ao optar por dois tempos verbais (primeira pessoa do singular e do plural) no mesmo texto. O uso do verbo na primeira pessoa do singular tem o intuito de demarcar a trajetória do pesquisador ressaltando o caráter singular do seu caminhar e suas escolhas. O verbo na primeira pessoa do plural foi o estilo padrão da tese.

² Sou graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). A pesquisa de mestrado, de 2005, em Saúde Coletiva (UEFS) analisou as práticas da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em Alagoinhas – Bahia.

³ A Universidade Federal da Bahia inaugurou o *Campus Anísio Teixeira*, em Vitória da Conquista, em outubro de 2006, resultado do projeto de expansão e interiorização do ensino superior no país.

Além disso, motivou-me a construir um novo objeto de pesquisa a inserção no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), na UEFS, e no Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva (NESC), na UFBA, as produções em parceria com pesquisadores e debates com distintos sujeitos com formações variadas, suscitando a necessidade de novos aportes teóricos.

Constatei, em incursões teórico-práticas, que o debate acerca da Saúde da Família tem vertido para muitas direções, algumas parecem esmaecer a própria militância pela reforma sanitária brasileira, permitindo a inversão do espaço público em privado, caricaturando o Sistema Único de Saúde (SUS), ao invés de analisá-lo para transformá-lo.

O envolvimento teórico com o objeto aprofundou-se quando, em 2009, fui aprovado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP), da ENSP-Fiocruz, e debrucei-me, mais detalhadamente, sobre Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família, em disciplinas cursadas no PPGSP, notadamente *Análise comparada de sistemas de saúde na perspectiva da atenção primária*; em grupo de estudos no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) e na análise de dados da pesquisa intitulada *Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos*, sob orientação da professora Ligia Giovanella, que resultou na produção de artigo publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, com o título *Práticas Assistenciais das Equipes de Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos* (Santos et al., 2012), apresentado como requisito para qualificação.

O ano de 2009 foi emblemático, pois além dos desafios postos, residi em novo território – na Cidade Maravilhosa, interagindo com novos sujeitos, conhecendo muitas das minhas “referências teóricas” e deslumbrando uma gama de novos conhecimentos. Paralelamente, precisava concentrar-me, pois teria que cumprir todos os créditos do PPGSP, visto que o tempo de afastamento do trabalho foi restrito àquele ano. O elemento cronológico foi o maior desafio enfrentado, mas foi pragmaticamente aproveitado e, assim, consegui concluir os créditos teóricos solicitados ao doutoramento em um ano.

O desejo por uma nova imersão teórica não é de simples consolidação, requerendo uma dedicação intelectual quase exclusiva. Contudo, no ano 2010 e primeiro semestre de 2011, tive que conciliar as atividades docentes com o intenso processo de estudos para construção da tese de doutorado, sendo o afastamento total retomado em agosto de 2011. Enfim, hoje além do envolvimento, há uma fusão do objeto de estudo com o pesquisador, por entender que sujeito e objeto são partes do mesmo constructo.

Em suma, fui motivado por inquietações vivenciadas enquanto trabalhador da saúde (ex-profissional na Saúde da Família), gestor (ex-coordenador de saúde bucal), nas práticas de campo com estudantes da graduação (docente na UFBA) e como usuário do SUS, assim, esses aspectos convergiram e verteram no interesse por analisar a *Gestão do cuidado numa região de saúde, buscando compreender os desafios para constituição de uma rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*.

Recorte do objeto de estudo e justificativa

A presente investigação tem como objeto de estudo a *Gestão do Cuidado em região de saúde, selecionando-se a Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia)*. Para tanto, procuramos investigar a gestão do cuidado numa rede regionalizada de atenção à saúde, nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, revisamos a literatura e nos aproximamos de abordagens sobre o processo de regionalização e a constituição de redes de atenção à saúde, o histórico e os diferentes *status* da Atenção Primária à Saúde (APS), além das distintas concepções acerca da integração dos serviços e coordenação do cuidado, buscando suporte teórico para análise e compreensão crítica do objeto proposto.

Compreendemos que a garantia da saúde para todos os cidadãos, corporificada na Constituição Federal, de 1988, consubstancia-se num cenário de ampliação dos direitos sociais, sendo, portanto, uma política de Estado, visando à expansão e universalização do sistema de proteção social, na perspectiva de conformação de um Estado de Bem-Estar Social⁴ no Brasil, sustentado na Seguridade Social, que impacta na construção da própria sociedade primando pela justiça social.

A modelagem das políticas sociais, no caso específico da saúde, responde o quanto “*a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população*”, definindo os componentes e a dinâmica do sistema, num dado contexto histórico, político, econômico e cultural em cada país (Lobato e Giovanella, 2008, p.108). No Brasil, as políticas de saúde, para garantia à saúde individual e coletiva, conformam-se, no âmbito do SUS, estruturadas pelo compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas da

⁴ O Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) conforma-se a partir das especificidades de cada lugar como produto de uma situação histórica, ou seja, trata-se de um fenômeno dinâmico. Para a tese, entendemos o Estado de Bem-Estar Social de perfil *institucional redistributivo* (Draibe, 1989), tendo como alicerce a justiça social baseada no ideal de *igualdade de resultados*, garantido mediante políticas públicas amplas e universais.

federação (União, estados e municípios), devendo ser mediada pela participação e controle social (BRASIL, 1990a, 1990b).

O sistema nacional de saúde brasileiro assume constitucionalmente uma concepção ampliada da saúde, enquanto uma produção social, situando-a como um direito de cidadania e uma obrigação do Estado. Para tanto, o SUS é balizado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas de formulação e implementação de estratégias que incidem na organização da rede de atenção à saúde. Os princípios e diretrizes instaurados na Constituição de 1988, no Artigo 198, e no Capítulo II da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8080/90, estabelecem a universalidade, a igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a participação da comunidade, a descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada (Brasil, 1990a) como dispositivos legais para materialização do sistema público de saúde, sendo regulamentada pelo Decreto 7508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011a).

Nessa seara, os princípios e diretrizes vêm paulatinamente se delineando dentro das políticas de saúde, mas de modo assimétrico e em ritmos descompassados, imprimindo permanentes desafios à gestão do SUS, porquanto, *“alguns destes princípios são mais visíveis, como a descentralização e a universalidade; outros, ainda distantes, como o controle social e a integralidade, talvez o mais ausente até aqui”* (Giovanella et al., 2002, p.39).

Sob essa óptica, tem-se produzido inúmeros ensaios teóricos e pesquisas⁵ a respeito das dimensões, sentidos e fronteiras intrínsecos ao princípio da integralidade, ao cuidado e a gestão em redes de saúde, com uma gama de perspectivas que buscam delinear categorias analíticas que iluminem e deem suporte às pesquisas empíricas. Para Silva Júnior et al. (2006, p.65), *“a integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade”*.

Revolvendo esse terreno, Cecílio (2009) propõe a análise da integralidade sob as lentes da gestão do cuidado. Para tanto, o autor compreende que a gestão do cuidado comporta três dimensões: uma dimensão profissional, uma organizacional e uma sistêmica. A primeira refere-se ao processo de trabalho em saúde na esfera do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde, ou seja, *“a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse ‘outro’ (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o*

⁵ Pesquisadores do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social (IMS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) com a colaboração de inúmeros pesquisadores de outras instituições têm produzido uma vasta coletânea com estudos que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, cuidado e gestão em redes, repensando a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras.

trabalhador opera o seu 'núcleo' de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente” (p.548). A dimensão seguinte corresponde ao componente institucional das práticas, referindo-se ao nível das relações entre os diferentes profissionais e as tecnologias disponíveis para operacionalizar o cuidado em saúde, tratando-se de uma dimensão que resulta dos vários processos de trabalho da dimensão profissional que estão interagindo e estabelecendo novos fluxos na produção do cuidado. Ambas correspondem à micropolítica do trabalho em saúde. A dimensão sistêmica, por sua vez, engloba as anteriores e representa o modelo de atenção à saúde operacionalizado na prática, sendo assim, diz respeito à gestão da rede de cuidados que se dá num determinado território (municipal e/ou regional), imprescindíveis para garantia da integralidade à saúde, circunscrita à macropolítica de saúde. Por fim, salienta-se que o autor defende a coresponsabilidade na operacionalização do cuidado, por isso compreende os diferentes encontros e os distintos *loci* envolvidos como espaços de gestão.

As considerações de Cecílio (2009) guardam estreita relação com os sentidos de integralidade analisados por Mattos (2009a) que reconhece pelo menos três conjuntos de sentidos para a integralidade: como um atributo das próprias práticas (relação profissional-usuário), como um modo de organização do trabalho nos serviços de saúde e como um atributo das políticas. As dimensões da gestão do cuidado, por esse prisma, têm a mesma equivalência dos sentidos da integralidade.

A complexidade do tema, também, foi analisada por Giovanella et al. (2002), quando se debruçaram para produzir uma metodologia para avaliar o cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização dos sistemas municipais, buscando uma interlocução entre o campo da avaliação de políticas e avaliação de serviços. Os autores sistematizaram a integralidade em quatro dimensões: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e 4) abordagem integral do indivíduo e família.

Agrupando-se essas dimensões articuladas à gestão do cuidado, tem-se que as três primeiras correspondem à dimensão sistêmica da gestão do cuidado, dessa forma, relacionam-se ao campo de intervenção na política, na organização do sistema e na gestão, enquanto que a derradeira dimensão equivale à gestão organizacional e profissional do cuidado, respondendo ao modo de organização dos serviços e atributo das práticas.

Outro olhar, para a organização das práticas em saúde, foi apontado por Teixeira (2003) ao analisar os modelos de atenção à saúde e suas combinações política, tecnológica e

organizacional. Buscando a identificação dos traços principais, fundamentos, lógicas e racionalidades, ao sistematizar três dimensões: uma político-gerencial, relacionada à reorganização das ações e serviços; uma organizativa, relacionada às unidades de prestação de serviço; e uma técnico-assistencial ou operacional, relacionada aos sujeitos da prática, aos objetos de trabalho e as tecnologias que medeiam o trabalho em saúde.

As dimensões sugeridas por Teixeira (2003) congregam os elementos (ações e estrutura) necessários para compreensão das distintas organizações dos serviços e, por sua vez, convergem com as dimensões da gestão do cuidado, os sentidos e dimensões da integralidade, apontados por Cecílio (2009), Mattos (2009a) e Giovanella et al. (2002), respectivamente. Tais congruências foram reunidas na Figura 1.



Figura 1: Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde (Cecílio, 2009) e seus equivalentes teóricos (Giovanella et al., 2002; Mattos, 2009a; Teixeira, 2003)

A materialização da rede de saúde, por meio da gestão do cuidado em suas três dimensões (sistêmica, organizacional e profissional) exige o imbricamento das agendas dos distintos entes nacionais de maneira cooperada, articulando os distintos sujeitos que produzem a integralidade no cotidiano (gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços); o que traz enormes desafios teóricos e práticos para constituição de uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados por profissionais da APS.

As dimensões da gestão do cuidado propostas por Cecílio (2009) e seus equivalentes teóricos, traduzidos na Figura 1, resultaram do primeiro movimento de aproximação com o objeto de pesquisa. Todavia, tais abordagens conceituais foram sendo reelaboradas no decorrer da pesquisa, à medida que nos aproximávamos do objeto enquanto fenômeno concreto. Nessa perspectiva, entendemos que a Gestão do Cuidado, enquanto imagem-objetivo consubstancia-se em redes de atenção à saúde, num determinado território, conformando uma malha tecida por diferentes sujeitos e seus distintos projetos terapêuticos, que, por sua vez, estampam serviços de saúde integrados e cuidados coordenados.

A gestão do cuidado na rede regionalizada de serviços de saúde, na nossa concepção, modela a seguinte imagem-objetivo: que formuladores de políticas, gestores, trabalhadores da saúde e usuários, articulem-se em diferentes espaços para resolver os problemas de saúde, utilizando a tecnologia mais adequada, no lugar e no tempo certo para produção do cuidado. A gestão do cuidado, portanto, requer interdependência e cooperação (integração) entre os sujeitos e entre as instituições, que defendam a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos (universalidade), em todas as fases da vida e ao longo do tempo, compartilhando os projetos terapêuticos (coordenação) e tendo o usuário como centro do cuidado. Desse modo, requer uma gestão democrática, com valorização dos trabalhadores, inserindo-os em processos de aprendizagem permanente (gestão do trabalho), que apoiem práticas individuais e coletivas responsáveis com os itinerários terapêuticos dos usuários e as linhas de produção do cuidado (continuidade), possibilitando a construção de vínculos de confiança (longitudinalidade) e coeficientes de autonomia. Por fim, compreendemos que os profissionais mais adequados para coordenação dos cuidados em rede regionalizada estejam em equipes na ESF, como centro de comunicação/articulação entre diferentes pontos da rede, funcionando de porta aberta às necessidades episódicas e regulares (porta de entrada preferencial), às demandas explícitas, bem como as que requerem investigação e vigilância, direcionadas às famílias, no seu cotidiano.

Por esse ângulo, as argumentações que apontamos nos colocaram frente a uma problemática: a complexidade que compreende a gestão do cuidado e as profundas heterogeneidades dos municípios implicam em possibilidades e limites para que os profissionais de APS sejam os coordenadores do cuidado em redes regionalizadas. Além disso, interrogamos a pertinência e a possibilidade concreta de coordenação das redes de serviços de saúde, pela Atenção Primária à Saúde, em sistemas regionalizados. Deste modo, a resposta não é inequívoca, além de que as características e condições da APS nos municípios baianos são tão diversas, que requerem investigações em busca de evidências que afirmem a

questão (coordenação por equipes de APS) ou sinalizem outros arranjos possíveis e necessários para gestão e produção do cuidado.

Questões e objetivos da pesquisa

Em decorrência dessa problemática, destacamos duas questões que consideramos centrais à pesquisa, por sua vez, tais questões levantadas e os argumentos expostos desdobram-se em indagações complementares. Em seguida, às questões de pesquisa, apresentamos um conjunto de objetivos para investigação do fenômeno.

➤ Questões Centrais

- ✓ Como se conforma a Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de atenção à saúde?
- ✓ Consegue-se viabilizar uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados pelos profissionais da APS?

➤ Questões Complementares

- ✓ Quais as estratégias político-institucionais para a conformação de uma rede regional, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista?
- ✓ Qual a posição da Estratégia Saúde da Família no processo de conformação da rede regionalizada na Microrregião? É possível a coordenação do cuidado, em região de saúde, por meio de equipes da Estratégia Saúde da Família? Quem coordena os cuidados num sistema regionalizado de saúde?

- ✓ Quais as estratégias empregadas por gestores de municípios de pequeno porte, na Microrregião, para coordenar o cuidado, uma vez que os níveis de maior densidade tecnológica são geridos por outros entes federados? Qual o papel das equipes da Estratégia Saúde da Família em tais situações?
- ✓ Quais os fluxos e contrafluxos (formais e reais) de usuários conformados nos serviços de saúde na Microrregião?
- ✓ Quais os dispositivos facilitadores e limitantes para integração da rede de serviços de saúde e fortalecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família como coordenadoras do cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista?

➤ **Objetivo Geral**

Analisar a conformação da Gestão do Cuidado, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de atenção à saúde.

➤ **Objetivos Específicos**

- ✓ Analisar as estratégias político-institucionais para a conformação de uma rede regional, na Microrregião.
- ✓ Analisar a posição da Estratégia Saúde da Família no processo de conformação da rede regionalizada na Microrregião.
- ✓ Descrever os fluxos e contrafluxos (formais e reais) de usuários, conformados nos serviços de saúde na Microrregião.
- ✓ Identificar os dispositivos facilitadores e limitantes para integração da rede de serviços de saúde e coordenação dos cuidados por equipes de APS, na Microrregião de Vitória da Conquista.

Por fim, para abriremos o leque de discussões a serem investigadas formulamos alguns pressupostos teóricos apresentados logo abaixo.

Pressuposto 1 – As equipes de APS, na maioria das vezes, não têm autonomia suficiente para coordenar a continuidade dos cuidados, mas têm a responsabilidade técnica para resolver os problemas de forma compartilhada. Nos municípios pequenos, esse papel é executado por gerentes de Atenção Básica que, de modo geral, exercem a função de supervisão das equipes e tentam organizar o fluxo de usuários para os pontos de maior densidade tecnológica por centrais de marcação e regulação de consultas, que limitam o atendimento à oferta de procedimentos. Além disso, os profissionais de centros especializados, apoio diagnóstico e terapêutico e unidades hospitalares têm processos de trabalho desarticulados desde a rede municipal, resultado da fragmentação na organização dos serviços que, somado às dificuldades comunicacionais, comprometem a coordenação dos cuidados por equipes de APS.

Pressuposto 2 – Os itinerários terapêuticos dos usuários ramificam-se na rede, ficando cada vez mais pulverizados à medida que os serviços são fragmentados e a coordenação é dispersa. Em síntese, os usuários buscam e criam maneiras de autocuidado que desafiam a racionalidade dos serviços de saúde, ou seja, articulam fluxos para sobrevivência ou que respondam a suas demandas (reais ou simbólicas). Assim, a rede formal pode estar desenhada numa perspectiva que não promova a gestão para produção do cuidado, essencialmente quando não se atenta para os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) que são a rede real. No cotidiano, os embargos na rede estimulam práticas de clientelismo e “tráfego de influência” entre os sujeitos ou, ainda, o acesso aos serviços por via judicial, em contraposição ao direito universal, como “linhas de fuga” ou “atalhos” que contornem as interdições (filas de espera, lista de prioridades, protocolos, referência e contrarreferência etc.).

Pressuposto 3 – Quando extrapolamos a coordenação para as redes regionalizadas o papel dos trabalhadores de saúde da APS dissipa-se (dependendo do poder acumulado por estes profissionais no processo de negociação de vagas com gerentes/técnicos de centrais de marcação, centros de especialidades etc., ou mesmo com outros profissionais de distintos pontos da rede). Além disso, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) guia-se pela oferta de serviços e não pelas necessidades/demandas dos usuários/territórios e os frágeis processos de regulação colocam em riscos os pactos firmados entre gestores municipais.

Estrutura da tese

Para apresentar o conteúdo da tese, construímos seis capítulos que são interdependentes e interconectados e que concebem, na totalidade, a compreensão aproximada acerca da *Gestão do cuidado em redes regionalizadas de saúde*. Nesse ínterim, procuramos responder às questões norteadoras, bem como contemplar os objetivos ora suscitados.

No primeiro capítulo, *Revisão de Literatura*, trazemos os aportes teóricos que sustentam a investigação sobre a *gestão do cuidado*, por meio de ampla revisão de estudos que discutem o processo de descentralização e regionalização da saúde, debatem as redes de atenção à saúde e sua articulação com a Atenção Primária à Saúde, além de literatura que aborda a integração dos serviços e coordenação do cuidado, tanto do ponto de vista teórico, quanto de pesquisas que analisam experiências concretas.

O segundo capítulo trata da *Trajétoria Metodológica*, para tanto, apresentamos as escolhas teórico-metodológicas, bem como, detalhamos a construção da *Matriz de análise da gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde*. Em sequência, pormenorizamos as escolhas do campo, dos sujeitos da pesquisa, das técnicas de coleta de dados e o percurso analíticos para composição dos três capítulos de cotejamento dos resultados.

O capítulo três, *Governança na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista: estratégias e disputas na gestão do cuidado*, analisa as relações de poder que configuram a governança microrregional e como a gestão do cuidado é operacionalizada pelos distintos sujeitos para organização dos serviços de saúde na microrregião.

O quarto capítulo, *Posição da Estratégia Saúde da Família na Microrregião de Vitória da Conquista*, analisa como a centralidade da APS mobiliza (ou não) os diferentes sujeitos para conformação da rede regionalizada por meio da gestão do cuidado.

No quinto capítulo, *Fluxos assistenciais e dispositivos de integração e coordenação na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista*, cotejamos os resultados para debater como a gestão do cuidado tem sido desenvolvida, nos seus três níveis, para constituição de uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados. Além disso, por meio de fluxograma descritor, descrevemos as trajetórias assistenciais dos usuários na busca pela resolução dos seus problemas de saúde.

No último capítulo, *Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia): Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados regionalizados?*, retomamos as análises realizadas nos capítulos precedentes. Com efeito,

focalizamos os principais resultados e articulamos, sobretudo, com outros estudos empíricos acerca dos tópicos abordados, para destacar as convergências, divergências e complementaridades da pesquisa e, assim, pontuar os limites e contribuições que a investigação traz para a produção de conhecimento e apontarmos caminhos para investigações futuras.

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

1.1 O processo de descentralização e os componentes estratégicos da regionalização para gestão do cuidado em rede de saúde

A descentralização é um fenômeno global que ganhou impulso, no Brasil, a partir da década de 1990 e, em certa medida, nas políticas do setor saúde, ampliou a cobertura e favoreceu o acesso da população a serviços e ações de saúde, mobilizou a organização dos serviços baseados em problemas de interesse local e na incorporação de novos atores sociais, além de viabilizar uma maior participação e controle social na definição e execução orçamentária dos gastos em saúde, reforçando a autonomia e a responsabilidade de cada ente subnacional (Guimarães e Giovanella, 2004). Apesar disso, a descentralização esbarra na assimetria financeira e gestora dos distintos níveis de governo, bem como, na permeabilidade das instituições de saúde à democracia, impondo constrangimentos que mitigam a potência dos demais princípios e diretrizes do SUS e complexificam a consolidação de uma política nacional de saúde, cujo modelo federativo é trino, sem uma vinculação hierárquica entre os entes (União, estados e municípios), reforçando, muitas vezes, a competição frente à cooperação (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Essa problemática é debatida por Campos (2006) ao argumentar que o desenho forjado pela descentralização à política de saúde brasileira concebeu um sistema peculiar, no qual a responsabilidade pela organização e gestão local é do município (menor instância com poder formal na República), diferindo, por exemplo, do caráter nacional inglês, português e cubano ou provincial canadense e autônomo espanhol. Todavia, a descentralização por si só não é suficiente para viabilizar os princípios e diretrizes do SUS, criando, até mesmo, efeitos paradoxais. Por um lado, responde ao valor ético-político almejado pelo espírito democrático, ao possibilitar a distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação social, por outro, as forças centrípetas geradas pela descentralização podem produzir um funcionamento autárquico, potencializando a indesejável fragmentação do sistema, “*gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes*” (Campos, 2006, p.427).

Corroboram esse debate, algumas evidências a partir da análise de implantação da descentralização na gestão do SUS em cinco municípios da Bahia, selecionados como “*casos*

exemplares” (Vieira-da-Silva et al., 2007), que revelou aspectos positivos como ampliação da cobertura assistencial de ações básicas, ampliação do acesso a serviços de média e alta densidade tecnológica, porém, muito mais atrelados à indução ministerial que relacionados à ação local, sugerindo limites na capacidade propositiva municipal ou insuficiência técnica. Além disso, apesar do grau avançado de descentralização “*gestão plena do sistema*”, apresentou muitas heterogeneidades entre os municípios investigados, não significando “*melhorias automáticas na gestão, na organização das práticas e nos seus efeitos*”, ou seja, “*a descentralização em si, não foi capaz de assegurar mudanças nos sistemas locais de saúde*” (p.366).

Por esse prisma, as disparidades entre os municípios por condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras, além da complexidade de demandas e necessidades da população, evidenciam uma série de problemas cujo enfrentamento transpõe o território municipal, posto que “*o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais*” (Guimarães e Giovanella, 2004, p.287). Com efeito, expõe a necessidade de articulações intermunicipais que abram espaço para “*a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes*” (Fleury e Ouverney, 2007, p.11), conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária.

Para Fleury e Ouverney (2007), a proliferação de redes gestoras de políticas públicas é um fenômeno mundial, sobretudo no campo das políticas sociais, num cenário de adensamentos do tecido social resultante dos processos de descentralização e democratização nas sociedades latino-americanas. A gestão de redes tenta responder a complexidade de problemas que envolvem múltiplos atores sociais, em estruturas policêntricas, que interagem para permitir maior flexibilidade, integração e interdependência, “*onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, bem como uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã*” (p.10).

A gestão do cuidado em rede regionalizada, na perspectiva de um sistema integrado, é vital no cerne de uma política social como o SUS, haja vista o conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento transcende a capacidade gestora de apenas um ente subnacional, ou seja, pauta-se na necessidade de um sistema articulado, interdependente e cooperativo, tendo “*múltiplas dimensões de integração entre diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos*” (Hartz e Contandriopoulos, 2004, p.336).

Além disso, “*a fragmentação do sistema de saúde exige sua reorganização pela conformação de uma rede solidária de cooperação, por meio de um novo arranjo institucional que possibilite tanto a economia de escala, como o acesso da população aos serviços sob pena de comprometer a universalidade e a integralidade, princípios constitucionais que orientam o Sistema Único de Saúde. Fica evidente que sem garantia de acesso não há efetividade do sistema de saúde brasileiro*” (Nascimento, 2007, p.185).

Tal reconhecimento foi traduzido na Lei 8080/90 (Brasil, 1990a) como uma das diretrizes organizacionais do SUS – a regionalização, e foi sendo atualizado, não necessariamente priorizado, a cada nova Norma Operacional Básica (NOB), num misto de avanços e contradições (Santos e Andrade, 2007), assim, as NOB regularam e orientaram a descentralização e, em certa medida, permitiram um insulamento da regionalização (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Porquanto, em países europeus as agendas de descentralização e regionalização caminharam articulando-se, nos países latino-americanos, inclusive o Brasil, houve agendas distintas entre elas, com maior destaque para a descentralização, sendo assim, os mecanismos de integração para construção de um sistema regionalizado ficaram em segundo plano (Viana, Lima e Ferreira, 2010).

Todas essas questões, sobretudo o atraso da regionalização no SUS, arrefeceram a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Nessa seara, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS, acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, no final da década de noventa, em milhares de sistemas locais isolados, muito dos quais, sem capacidade de gestão do cuidado em todas as dimensões para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais (Viana, Lima e Ferreira, 2010; Noronha, Lima e Machado, 2008; Viana et al., 2008).

Somente no início dos anos 2000, foram estabelecidas as estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas de saúde por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), reatualizando o tema regionalização na agenda dos gestores do SUS, além de resgatar o papel dos estados na condução desse processo (Lima et al., 2010; Viana et al., 2008), mas tendo as prioridades da população, em cada município, como princípios organizadores da oferta dos serviços de referência, na lógica da territorialidade (Giovanella et al., 2002).

Uma das ferramentas propostas pela NOAS foi o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sob responsabilidade do gestor estadual, para ordenamento do processo de

regionalização em cada unidade federativa. Tal dispositivo deveria viabilizar o acesso das pessoas aos serviços de saúde, em qualquer nível de atenção, sendo disponibilizada a tecnologia mais adequada para resolver os problemas de saúde, no município de residência ou mediante programações intermunicipais. Além do PDR, foram propostos o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a própria Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos concretos para planejamento e operacionalização da regionalização. Contudo, apesar de estimular o planejamento regional na esfera estadual, a NOAS foi criticada pela excessiva normatização e rigidez das suas ferramentas para implementação da gestão do cuidado em redes, além disso, não logrou superar a competição entre os municípios, nem avançou na questão da governança regional (Nascimento, 2007; Viana, Lima e Ferreira, 2010; Viana et al., 2008).

A regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, posto que intrinsecamente é derivada dos princípios de universalidade e equidade (Kuschnir e Chorny, 2010). Pois que, a regionalização deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado em tempo e local oportuno, em qualquer parte do território, guiado por uma racionalidade sistêmica, que contemple cooperativamente as disparidades na distribuição dos diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial (Noronha, Lima e Machado, 2008).

Em cenários concretos, estudos recentes sobre a regionalização têm evidenciado as dificuldades na consolidação de um “governo regional” diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera (Lopes, 2010); mediante as influências e interferência do setor privado no SUS, em todo processo de regionalização (Coelho, 2011); tensionada por relações de conflito e disputa entre os municípios “*à revelia da discussão regional*” (Ianni et al., 2012); destacando, por sua vez, o papel estratégico do gestor estadual na indução da regionalização (Pereira, 2009) e a constituição de colegiados regionais (Lopes, 2010). Essas pesquisas revelam que, em contraposição à imagem-objetivo que modela os ganhos com a regionalização, sua implementação tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos.

Ampliando esse espectro, Viana et al. (2008) criticam o atrelamento restrito do conceito de regionalização a critérios setoriais, enquadrando-o a parâmetros epidemiológicos e assistenciais. Para esses autores, “*a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre entes federados* –

não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território (fixos e fluxos dinamizados por racionalidades diversas). A regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas, sim, em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território” (Viana et al., 2008, p.98).

Buscando superar esses limites, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 399GM, de 22 fevereiro de 2006, que contempla as Diretrizes do Pacto pela Saúde (pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS), com a qual sugere novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS. O referido documento propõe mudanças significativas para a execução do SUS, retomando a regionalização como diretriz fulcral nas políticas de gestão do cuidado à saúde nos territórios. Para tanto, revisita e atualiza os instrumentos experimentados na NOAS (PDR⁶, PDI⁷ e PPI⁸), alicerçando-os num conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os três entes federados, substituindo o processo de habilitação por adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), constituindo espaços regionais de planejamento e cogestão, representados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), num processo de “*regionalização viva*” (Brasil, 2006a; 2007).

Os documentos do Pacto orientam para a constituição de Regiões de Saúde tendo como ponto de partida o PDR, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Para tanto, destaca o papel coordenador do Estado, a importância do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) como espaços de articulação dos gestores municipais, que devem propor o desenho da Região de Saúde com baliza nas identidades culturais, econômicas e sociais, assim como na distribuição da infraestrutura, comunicação, transporte e saúde,

⁶ O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (Brasil, 2006a, p.18).

⁷ O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade (Brasil, 2006a, p.18).

⁸ PPI é um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Brasil, 2006b, p.13).

visando garantir amplo acesso, promovendo a equidade e a integralidade do cuidado. Por sua vez, a depender das características geopolíticas, as Regiões de Saúde podem ser Intramunicipais, Intraestaduais, Intermunicipal, Interestadual e Fronteiriças. Por fim, denomina de Macrorregião de Saúde a um conjunto de Regiões de Saúde que se articulam para organização da oferta de serviços de saúde de forma integrada (Brasil, 2007; 2009).

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), os Colegiados de Gestão Regional são a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se enquanto instâncias de cogestão no espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, *“com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de ‘vazio’ de governança regional”* (p.2320).

Os desdobramentos apresentados acerca dos processos de descentralização e regionalização na política de saúde brasileira são minuciosamente investigados por Lima e Viana (2011), de acordo com os principais instrumentos de regulação, o conteúdo e abrangência das políticas, o ambiente intergovernamental, o perfil do financiamento e o fomento às estruturas subnacionais, identificando quatro ciclos que caracterizam e modelam os mecanismos de gestão.

Percebemos, de modo intrigante, uma problemática, pois no processo de regionalização previsto pelo Pacto pela Saúde há o esmaecimento do papel coordenador das equipes de Atenção Primária à Saúde na rede de cuidados. Apesar de todo o discurso em defesa de reformas pró-coordenação apoiadas na APS, a integração das redes regionalizadas pouco prevê mecanismos que a legitimem como coordenadora de cuidados na rede intermunicipal. Sendo assim, o profissional de APS configura-se como coordenador restrito, quando muito, ao espaço intramunicipal, ou seja, quanto mais o município necessitar de outros entes federados para prestação de serviços de saúde, mas frágil será a coordenação por equipes da APS na gestão do cuidado, comprometendo, inclusive, os seus atributos.

Para Hartz e Contandriopoulos (2004, p.332) há necessidade de estudos que contribuam para implementação e *“concretização dessa imagem ideal de um ‘sistema sem muros’, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado –, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização”*.

Em linhas gerais, os componentes e as funções do sistema de saúde podem conduzi-lo para qualquer direção, ou seja, será o contexto social, político e econômico, expressos na

micropolítica e na macropolítica que definirão o modelo de atenção à saúde. Sob essa tese, os níveis da gestão do cuidado permitem analisar e avaliar a organização da rede de serviços de saúde regionalizada.

1.2 Redes de atenção à saúde e o *status* da Atenção Primária à Saúde

A organização de redes de atenção à saúde sustenta-se na necessidade de responder as demandas complexas de saúde dos brasileiros que envolvem uma tripla carga de doenças manifestada em condições agudas, que carecem de respostas rápidas e reativas, condições crônicas e doenças transmissíveis de curso longo que, por sua vez, precisam de cuidados prolongados e contínuos, além de problemas relacionados à pobreza, ao estilo de vida e aos agravos decorrentes das causas externas, que necessitam de intervenções intersetoriais (Mendes, 2010; Brasil, 2010).

A defesa de um sistema de saúde organizado em redes justifica-se, nas considerações de Mendes (2010), por existir um rompimento na coerência entre a situação de saúde da população, nos quesitos demográficos e epidemiológicos, e as respostas de enfrentamento apresentadas pelos modelos de atenção à saúde, em escala global, que estão “*voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas*” (p.2299), resultando em sistemas fragmentados⁹. Além disso, mesmo a fragmentação não pode ser compreendida como um fenômeno possível de apreensão e de natureza única, pois, na prática, apresenta-se com distintas nuances a depender do amadurecimento político-institucional, bem como da estrutura analisada. Assim, para Mendes (2001) a fragmentação pode-se dar em quatro dimensões: “*a fragmentação da atenção à saúde, onde cada ponto de atenção é uma peça solta de um quebra-cabeça; a fragmentação entre sistemas clínicos e os sistemas administrativos; a fragmentação entre o sistema de serviços de saúde e de assistência social e a fragmentação entre o sistema de serviços de saúde e outros sistemas econômicos e sociais*” (p.73).

⁹ “La fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo” (OPS, 2007a, p.319).

A necessidade de superação de problemas oriundos à fragmentação deu origem às propostas de redes de atenção à saúde que, numa vertente mais instrumental, ou seja, na perspectiva da estrutura da organização de serviços, ancoram-se na literatura e no debate internacional sob o manto genérico dos sistemas integrados (*integrated care*)¹⁰. Contudo, tal perspectiva representa modelagens diversificadas que se assemelham nas estratégias utilizadas e nos arranjos organizacionais resultantes, mas que se distinguem no campo ideológico, a depender da natureza do sistema de proteção social (Kuschinir e Chorny, 2010) e, sobretudo, dos sujeitos (*stakeholders*) envolvidos no contexto e que desafiam toda racionalidade gerencial contemporânea¹¹ (Campos, 2010a; 2009; 2000).

Nessa óptica, a concepção de redes de atenção à saúde, apresentada nesta tese, coaduna com Mendes (2008, p.6) no sentido de que “*são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população*”. Além disso, esse autor destaca que as redes de atenção à saúde possuem como elementos constitutivos, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

Sintetizamos os elementos balizados por Mendes (2010), uma vez que esse autor afirma que a população é o elemento central à rede, portanto, suas necessidades socio sanitárias devem ser conhecidas e mapeadas na forma de territórios sanitários (território-processo), sob a responsabilidade da APS. Por sua vez, a estrutura operacional, segundo elemento das redes, é representada por cinco componentes: 1) Atenção Primária à Saúde (o centro de comunicação); 2) outros níveis de densidade tecnológica (secundário e terciário); 3) os sistemas de apoio; 4) os sistemas logísticos; e 5) sistema de governança. Por fim, o modelo de atenção, terceiro elemento, é a racionalidade sistêmica que estampa a

¹⁰ “As redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, a partir da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado. Dos Estados Unidos foi levada, com as adaptações necessárias, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países” (Mendes, 2007, p.4).

¹¹ “Racionalidade Gerencial Hegemônica vale-se de métodos disciplinares e de controle que, em nome da produtividade e da concorrência, procuram instituir distintas expectativas quanto a felicidade, a realização pessoal e a acesso ao poder” (Campos, 2000, p.26).

modelagem da rede, incidindo e sendo incidida dialeticamente nos/pelos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico¹².

Entretanto, parece-nos insuficiente, na formulação do autor, o debate em torno da presença concreta dos sujeitos que, em ato, materializam as redes de serviços de saúde, na prática cotidiana da micropolítica. Pois, como advertem Hartz e Contandriopoulos (2004, p.334), *“sobre a natureza do objeto ‘rede’, uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos”*.

Assim, inspirados em Campos (2000), compreendemos que o desafio de pensar redes é concebê-la como espaço de produção coletiva, no sentido de admitir que se trata da gestão do trabalho em equipe e que, portanto, desdobra-se na produção de coisas (bens de uso) e pessoas (rede de relações). Nessa perspectiva, pensar em redes de cuidado à saúde requer abrir-se para gestões democráticas (cogestões), o que implica algumas funções básicas: *“uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a construção de sujeitos”* (Campos, 2000, p.14).

O enfoque na construção de redes com serviços integrados e cuidados coordenados assenta, nas equipes de APS, o protagonismo para reorientação dos sistemas de saúde. Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declaram e recomendam, em relatórios e documentos, a construção de sistemas de saúde com base na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de uma APS abrangente e renovada explicitando os valores, princípios e elementos centrais que caracterizam e justificam tal defesa. Além disso, apontam caminhos a partir de evidências e revisão de literatura internacional, que substanciam o debate e permitem cunhar um conceito/abordagem sobre APS *“abrangente e renovada”* buscando distingui-la de outras interpretações correntes (OPAS, 2008; OPS, 2009; WHO, 2008a).

¹² “Política porque envolve distintos atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital político. Tem, também, uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por nova concepção de saúde-doença e por novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão cognitivo-tecnológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os supostos políticos e ideológicos do projeto da produção social da saúde” (Mendes, 1999, p.234).

A busca por esclarecer os conceitos e abordagens para Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*) sustenta-se no fato de que não há um consenso e que, portanto, existe diversidade de interpretações e concepções distintas em sua implementação nas políticas de saúde ao redor do mundo. Assim, fazendo-se um resgate histórico, encontra-se que a Declaração de Alma-Ata, em 1978, com o *slogan* “Saúde para Todos no Ano 2000” (*Health for All in the Year 2000*), abarcou três ideias-chave: uso de tecnologia apropriada, oposição a uma medicina elitista e a concepção de saúde como ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico (Cueto, 2004).

Nessa órbita, apresenta uma concepção abrangente da APS, situando-a centralmente no sistema de saúde, portando atributos que a elegem enquanto estratégia para o desenvolvimento social, defendendo uma racionalidade no uso das tecnologias disponíveis, devendo ser apropriadas e socialmente aceitáveis. Além disso, advoga por uma APS de acesso universal, representando o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, localizada próximo dos territórios onde vivem as pessoas, aliando o conhecimento científico às práticas tradicionais, mediada pela participação da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, apoiando-se em sistemas de referência integrados, conforme a necessidade das pessoas, articulando-se, ainda, com outros setores para desenvolvimento nacional e comunitário (Declaración de Alma-Ata, 2002).

Segundo Tejada-de-Rivero (2003), por conta da abrangência da Declaração de Alma-Ata, agências internacionais criticaram-na alegando tratar-se de um documento pouco propositivo, impingindo uma releitura e ajustamento da APS, bem distante das intenções originais, com direcionamento tecnocrático “*confundido como um simples conceito de programação, mais técnico que social e mais burocrático que político*” (p.4), além de uma “*distorção entre saúde e tratamentos médicos curativos focados em poucas doenças inexplicavelmente, ainda, prevalentes*” (p.7). Tais formulações difundiram-se, conformando uma APS seletiva (*selective primary health care*), direcionada a questões pontuais, centradas no binômio materno-infantil, em doenças transmissíveis e agudas, simplificação das práticas direcionadas a populações carentes, gestão centralizada, falta de integração com uma rede de cuidados, investimentos em programas verticais e práticas programáticas, restringindo-se a uma cesta de serviços básicos selecionados e de baixo custo (Tejada-de-Rivero, 2003; Cueto, 2004).

Paralelamente ao esvaziamento das ações de implementação da APS, especialmente em países em desenvolvimento, a concepção abrangente da APS, cunhada durante Alma-Ata, continuou servindo de mote para diferentes movimentos sociais, possibilitando que as lutas

pela ampliação dos direitos sociais não esmaecessem e, nesse âmbito, congregaram esforços na busca do reconhecimento da saúde enquanto direito humano, mediante governos que garantissem aportes financeiros adequados e com compromisso com a justiça social. Alguns desses movimentos foram alavancados por agências internacionais como OMS e OPAS, no que ficou conhecido como “*renovação da APS*” (Giovannella e Mendonça, 2012). Assim sendo, entre os argumentos para renovação da APS destacam-se: os novos desafios epidemiológicos; necessidade de correção dos pontos fracos e inconsistências na proposta original; desenvolvimento de novas ferramentas e novos conhecimentos; aproveitamento das experiências acumuladas de práticas exitosas e; reconhecimento da potência transformadora da APS para superar as causas geradoras de saúde precária e iniquidade (OPAS, 2008; Macinko et al., 2007).

Revolvendo esse terreno conceitual, Vuori, em 1984, publicou um artigo que apontava quatro interpretações correntes para Atenção Primária à Saúde, que permanecem bastante apropriadas e atuais: APS como um conjunto de atividades; APS como um nível de atenção; APS como uma estratégia de organização dos cuidados em saúde; e APS como uma filosofia. Em um contexto mais contemporâneo, Giovannella e Mendonça (2012) e Mendes (1999) identificam três linhas principais de interpretação para APS que coadunam as ideias de Vuori: 1) como atenção focalizada e seletiva, com provisão restrita de serviços para grupos específicos; 2) como primeiro nível de atenção, em sistemas universais, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo, ou não, amplo espectro de ações de saúde pública; 3) estratégia de reordenamento do setor saúde de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, para toda a sociedade.

Uma APS como cesta básica de serviços caracteriza as experiências, de modo geral, nos países em desenvolvimento, enquanto que, na Europa, a APS refere-se, grosso modo, aos serviços de primeiro contato, integrados a uma rede de serviços, funcionando como porta de entrada obrigatória (*gatekeeping*) e centrada em práticas médicas (*general practitioners – GP*), correspondendo a serviços ambulatoriais não-especializados, enfatizando a clínica e os cuidados individuais, portanto, “*não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde*” (Giovannella e Mendonça, 2012, p.38).

No percurso desse debate, torna-se crucial e complexo identificar quais elementos definem uma APS abrangente, bem como reconhecer quais os requisitos fundamentais para que a APS seja eleita como estratégia prioritária nas políticas sociais de saúde. Enfim, se

existem aspectos que podem ser captados acerca da natureza da APS ou quais fenômenos são desdobramentos da existência de sistemas de saúde alicerçados na APS. Assim, Starfield (2002) pondera que mesmo a APS oferecendo o suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde, as definições gerais são insuficientes para avaliar se um dado sistema merece a descrição de APS, requerendo, para tanto, maior especificidade dos pesquisadores para o estabelecimento de metas e aperfeiçoamento contínuo em sua realização.

Trilhando por essa seara, Starfield (2002) realizou uma extensa revisão acerca das tentativas de inúmeros estudos para definir uma abordagem para medição (capacidade e desempenho) da APS de alta qualidade, no contexto dos sistemas de saúde. A autora desenvolveu, a partir de avaliações em países desenvolvidos, uma definição para a APS sustentada por meio de funções que combinadas são peculiares à APS: serviço de primeiro contato; centrado na pessoa e não na enfermidade; cuidado ao longo do tempo; atenção a todos os casos; e coordenação e integração à atenção provida por outros parceiros do sistema (quando a APS não pode resolver). Destacou, ainda, outras características que a APS compartilha com os demais níveis do sistema, mas que, ainda que imprescindíveis à APS, não são distintivas: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe. Declara, também, que a APS “*é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde*” (Starfield, 2002, p.28).

A partir dos esforços de Starfield (2002), inúmeros autores têm buscado delimitar os atributos essenciais da APS e refinar as pesquisas avaliativas, apostando nos seguintes componentes: ponto de primeiro contato dentro do sistema de atenção à saúde (*first contact/gatekeeper*), longitudinalidade, vínculo e continuidade relacional do cuidado (*longitudinality*), abrangência e integralidade (*comprehensiveness*), coordenação do cuidado com serviços integrados (*coordination*), orientação para a comunidade, centralidade na família (*family and/or community orientation*) e competência cultural (Giovanella e Mendonça, 2012; Macinko, Starfield e Shi, 2003). Outras contribuições têm agregado novos elementos à proposta original, por meio de pesquisa para adaptar, validar e aplicar uma Ferramenta de Avaliação da APS (Primary Care Assessment Tool – PCAT), acrescentando a acessibilidade e formação profissional entre as suas dimensões essenciais (Macinko, Almeida e Oliveira, 2003); aplicação do PCAT na avaliação da produção do cuidado em diferentes cidades na Bahia, agregando acesso, acolhimento e resolubilidade entre as dimensões de análise dos atributos da APS (Assis et al., 2010) e revisão sistemática das dimensões centrais da APS desvelando seus atributos na estrutura – governança, condições econômicas e

formação das equipes de trabalho, no processo – acesso, continuidade, coordenação e integralidade, e nos resultados – qualidade, eficiência e equidade na saúde, definindo a APS enquanto sistema multidimensional (Kringos et al., 2010).

Retomando o enfoque inicial, percebemos que o debate em torno das redes de atenção à saúde centraliza o *status* da APS como articuladora entre os diferentes componentes do sistema, sem explicitar como se daria essa função. Mendes (2010), por exemplo, destaca a APS como componente-chave na organização das redes de atenção à saúde, colocando-a como o centro de comunicação. Sendo assim, cabe a APS coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema, ser resolutiva (solução de 85% dos problemas da população), acolher e responsabilizar-se pelas demandas da população, com potência para coordenar o cuidado continuado, por meio do encadeamento adequado dos demais componentes da rede.

Tal incumbência e *status*, delegados à APS, requerem a mobilização dos seus atributos simultaneamente para darem conta de responder ao complexo desafio da gestão do cuidado em uma rede regionalizada de atenção à saúde. Além disso, as redes de atenção à saúde, no Brasil, têm peculiaridades oriundas da configuração institucional do Sistema Único de Saúde (estrutura decisória e de gestão), da base de financiamento, além das singularidades da APS no país e das concepções teóricas acerca dos seus atributos, colocando essa questão muito mais no campo do desejo do que uma realidade consubstanciada na prática.

Esses pontos foram levantados, também, por Testa (1992), quando afirma não ser possível considerar a APS como um conceito totalizante, pois é dependente do contexto do sistema de saúde em que está inserida. Nesse sentido, a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, resolvendo os problemas possíveis e orientar os demais para outros níveis, *“isso implica uma rede de estabelecimentos interligados por claros procedimentos de referência e de transmissão da informação pertinente, que ordenam a circulação interna dos pacientes no sistema; também implica um ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinarmente, às normas de ingresso e circulação”* (Testa, 1992, p.161). Esse autor conclui chamando a atenção, pois países que não lograram atrelar a APS a uma rede regionalizada produziram uma atenção “primitiva” de saúde, com serviços de segunda categoria, constringendo o direito de cidadania.

Em 2009, o documento *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas em La Atención Primaria de Salud – RISS* (OPS, 2009) resultado de consultas em países da América Latina e Caribe, realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde Pública (OPAS), abordou a problemática da fragmentação dos sistemas de saúde, bem como validou a proposta da OPAS de Redes Integradas de Serviços de Saúde, nas Américas.

Por sua vez, ainda que reconheça a diversidade de contextos entre os diferentes países e a necessidade de adaptação das propostas às questões locais, a partir de evidências, a OPAS apontou treze atributos essenciais, ainda que genéricos, ao funcionamento adequado das redes de atenção à saúde: 1) territorialização e adscrição, com amplo conhecimento das necessidades e preferências da população; 2) rede de estabelecimentos de saúde extensa, diversificada (distintas densidades tecnológicas) e integrada, capaz de atender as diferentes demandas sociais de saúde; 3) APS atuando como porta de entrada do sistema, composta por equipe multidisciplinar, integrando e coordenando a atenção à saúde e satisfazendo a maior parte das necessidades de saúde; 4) serviços especializados ofertados em local adequado; 5) existência de coordenação dos cuidados longitudinalmente; 6) atenção à saúde centrada na pessoa, família e comunidade, atenta às singularidades e à diversidade da população; 7) sistema de governança única para toda a rede; 8) ampla participação social; 9) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; 10) política de gestão do trabalho em saúde para a rede; 11) sistema de informação integrado e compartilhado; 12) financiamento adequado; e 13) ação intersetorial e equidade.

Tais argumentos conclamam por uma análise acerca da estratégia de gestão do cuidado em redes de atenção à saúde no Brasil. No cenário nacional, discutir gestão de redes de atenção à saúde requer refletir o modelo de proteção social que se deseja e que se está disposto a construir (Campos, 2007), sendo assim, há um componente ideológico que guia a tese, para além dos componentes técnico-metodológicos, ou seja, reconhecemos os elementos estruturantes para existência da rede, mas questionamos os desdobramentos a partir dos sujeitos concretos que a materializam na prática social.

Do ponto de vista teórico, descerramos a necessidade de abarcar questões ligadas ao processo de descentralização, regionalização, modelos de atenção para compreensão da gestão do cuidado. Constatamos, também, que o papel da APS na coordenação das redes de atenção à saúde precisa ser esclarecido: o que de fato é coordenação via APS?

1.3 Atenção Primária à Saúde, no Brasil, como coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde

Há inúmeras contextualizações que abarcam as políticas de atenção primária à saúde no Brasil (Giovanella e Mendonça, 2012; Assis et al., 2007; Conill, 2008; Escorel et al., 2005;

Viana e Dal Poz, 2005; Franco e Merhy, 2003a; Mendes, 2002), situando de maneira competente os principais acontecimentos e suas implicações históricas na conjuntura nacional. Partindo dessa premissa, elegemos, para a tese, o espaço-tempo pós-SUS, a partir dos anos 2000, sem desconsiderar a importância dos desdobramentos anteriores, posto serem inerentes às análises das políticas sociais, mas pela intenção da pesquisa que procura analisar aspectos ligados às redes regionalizadas e à APS, que substantivamente ganharam expressão a partir do início do século XXI, no Brasil.

Atenção Primária à Saúde, no Brasil, é denominada correntemente, na literatura e nos documentos oficiais, como Atenção Básica à Saúde (ABS). A justificativa para a adaptação do termo deveu-se a tentativa de afastamento das práticas em APS seletivas apoiadas por agências internacionais e disseminadas nos países em desenvolvimento ou com enfoque centrado em procedimentos médicos (comuns à Europa) (Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009; Giovanella, 2008). Contudo, no primeiro momento, a ABS *“além de referir apenas o primeiro nível sem apontar a integração ao sistema de saúde, não implicava em um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção calcada, muitas vezes, apenas na resposta ao pronto-atendimento da demanda espontânea ou baseada nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde”* (Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009, p.11).

Nesse sentido, a distinção semântica não logrou mudanças das práticas, sobretudo na primeira década de implementação do SUS, cujo período foi marcado por forte tensão das políticas sociais restritivas de caráter neoliberal¹³. Tais questões deflagraram disputas acirradas entre um projeto de construção da universalidade tendo a saúde como direito de cidadania e, de outro, o princípio da contenção de gastos e da racionalidade econômica (Mendes e Marques, 2009).

Destarte, sob o manto do Programa Saúde da Família (PSF), criando em 1994, o Ministério da Saúde sustenta a retórica de reversão de um modelo de atenção fragmentado, ineficiente e reprodutor de iniquidades, mas na prática convive-se lado a lado com uma atenção básica que se apresenta como política focalizada e seletiva, para demandas de grupos específicos, e universalista, enquanto direito de todo cidadão (Viana e Fausto, 2005), cumprindo parcialmente sua agenda (Souza e Hamann, 2009).

¹³ “No contexto neoliberal, a contradição acumulação-legitimação (marca do sistema capitalista) se coloca e se resolve em termos diferentes daqueles do Estado de Bem-Estar keynesiano. A partir da ‘naturalização’ das desigualdades, o modelo devolve o conflito para o seio de uma sociedade fragmentada, onde os ‘atores’ se individualizam, ao mesmo tempo que os sujeitos coletivos perdem identidade. Muda, portanto, a orientação da política social: nem consumidores coletivos nem direitos sociais, senão que assistência focalizada para aqueles com ‘menor capacidade de pressão’ ou os mais ‘humildes’ ou, ainda, os mais ‘pobres’ (Soares, 2002, p.73).

Por outro lado, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) renova o discurso e reitera a Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidação da Atenção Básica em todo país. A PNAB, atualizada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2012), abarca as características da Atenção Básica à Saúde, consolidando seu aspecto abrangente e prioritário, afastando-se “completamente” de qualquer sombra de seletividade ou cesta de serviços para grupos específicos, além de explicitar o papel desejado da atenção básica nas redes de atenção à saúde. Nessa óptica, o documento ressalta que a Atenção Básica *“utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”* (p.19).

Tais elementos fertilizam diferentes posicionamentos, mesmo no interior da Saúde Coletiva, e evidenciam os desafios da atenção básica e a estratégia de implementação por meio da ESF. Nessa seara, Campos (2008) e Cohn (2008), em debate com um artigo de Conill (2008), assinalam que o *“vazio programático para a questão assistencial no SUS”* (Conill, 2008, p.11) expõe o esmaecimento do debate político em torno dessa questão, colocando-a como um consenso, como um debate definido, cabendo apenas colocar em prática e avaliar tudo que está previsto nas normas ministeriais. Para Campos (2008), o governo não encara os grandes problemas que minam o avanço do PSF (financiamento, formação de pessoal e gestão do trabalho, por exemplo), circundando esses problemas com propostas paliativas, uma vez que, *“não há evidências de que o Ministério da Saúde esteja disposto a assumir a articulação dessa multiplicidade de experiências e de entidades federadas para construir um sistema – rede interdependente, apesar da autonomia dos municípios – que combine singularidade local com diretrizes que assegurem unidade ao SUS”* (p.19). Cohn (2008), por sua vez, acirra essa discussão colocando que sem renovação do debate acadêmico e outras perspectivas na agenda política, incorre-se no perigo de que *“[...] ao se assumir o PSF como uma estratégia de mudança do modelo assistencial brasileiro, esvazia-se, paradoxalmente, a dimensão da política e tende a tomar seu lugar a dimensão técnica na busca de avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento desse modelo”* (p.24). A própria autora retoma essa discussão e demarca que há poucos estudos críticos que questionam o já estabelecido, pois *“qualquer passo desmedido no sentido da crítica do já instituído, ou do que vem sendo instituído, é interpretado quase que imediatamente como oposição ao SUS e, portanto, como algo condenável, política e moralmente”* (Cohn, 2009, p.9).

Não obstante, independente da vertente, constata-se que a ESF expandiu-se por todo país, sob fomentação do Ministério da Saúde, tornando-se a principal política de saúde com enfoque nos cuidados de primeiro nível, apresentando, em estudos empíricos recentes, além dos desafios, possibilidades animadoras a sua assunção (Solla, 2010; Assis et al. 2010; Giovanella et al., 2009; Camargo Jr. et al., 2008; Elias et al., 2006; Ibañez et al., 2006; Facchini, et al., 2006).

A pertinência da exposição de dissonâncias e convergências, em torno da ESF, nos instiga a trilhar por caminhos que questionem a potência da APS brasileira, porquanto “*a rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais*” (Campos, 2007, p.304).

No contexto de uma rede regionalizada, as dimensões para a gestão do cuidado reclamam por uma análise para dentro do município e para além das suas fronteiras, numa perspectiva de rede integrada, em uma conformação cooperada e solidária, para garantir maior organicidade e racionalidade ao sistema de saúde, de modo a efetivar o papel dos profissionais da Atenção Primária à Saúde como coordenadores do cuidado.

Por outra via, as características da APS, no Brasil, suscitam questões, somadas as apontadas em estudos sobre os sistemas de saúde internacionais, que tensionam a gestão do cuidado em rede: 1) A equipe de atenção primária no Brasil, compreendida como Equipe de Saúde da Família, é formada por diferentes trabalhadores (nível superior e médio) que devem exercer o cuidado à saúde em equipes multiprofissionais e práticas interdisciplinares (Campos, 2003; Souza e Hamann, 2009); 2) A porta de entrada é difusa, notadamente onde a APS tem baixa cobertura, geralmente nos grandes centros urbanos (onde vivem a maioria dos brasileiros), resultando em baixa coordenação e competição com os estabelecimentos de pronto-atendimento e os hospitais, públicos e privados (Viana et al., 2008; Campos, 2008; Escorel et al., 2005); 3) A inscrição dos usuários ao serviço de APS está atrelada ao local de residência e é compulsória (Giovanella, 2006), com adscrição média de 3.000 pessoas por equipe (Brasil, 2012); 5) Os profissionais da APS devem atender a todos os grupos e a um amplo espectro de problemas, executando ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras (Campos, 2003; Brasil, 2012); 6) A provisão e o financiamento dos serviços de APS são públicos e de acesso universal¹⁴ (Giovanella e Mendonça, 2012); 7) A forma de

¹⁴ Não se trata de um problema, mas de uma característica fundamental do estado provedor. Contudo, segundo Immergut (1992) o financiamento público afeta a capacidade da gestão pública, sendo que as intervenções governamentais se dão em quatro dimensões: 1) extensão do tipo de financiamento; 2) tipo de regulação

pagamento dos trabalhadores é o assalariamento, com uma diversidade de modalidade de vínculo e complexos problemas na política de gestão do trabalho (Mendonça et al., 2010; Assis et al., 2008); 8) A APS é de responsabilidade do ente municipal (Mendes, 2002), mas os demais serviços da rede (média e alta densidade tecnológica) podem ter distintos provedores e diferentes naturezas jurídicas (Noronha, Lima e Machado, 2008); 9) A cobertura da APS é insuficiente e limitada a determinados dias e horários, restringindo seu papel de porta de entrada preferencial (Mattos, 2009b; Cecílio, 1997); 10) Muitos profissionais não têm formação adequada para trabalhar na APS e o especialista é socialmente mais valorizado que o profissional generalista, situação que se reproduz entre os gestores (Campos et al., 2008; Mendes, 2002); 11) Persistem problemas na infraestrutura das unidades de saúde e deficiência no aporte de medicamentos essenciais, apoio diagnóstico e consultas complementares (Mendes, 2002); 12) A maioria dos municípios brasileiros (cerca de 90%) tem menos de 50.000 habitantes e sua rede de serviços resume-se, muitas vezes, a APS (Noronha, Lima e Machado, 2008); 13) A coordenação do cuidado na rede a partir da APS (quando existe) limita-se ao município, tendo que submeter a demanda por cuidados “especializados” às regras de oferta pactuadas entre os gestores municipais e estaduais, quando se necessita de ações de outros níveis não contempladas no próprio município, com preocupantes problemas na regulação dos fluxos entre os serviços (Magalhães Jr. e Oliveira, 2006).

Assim, buscando propostas que orientem a construção de sistemas de serviços integrados e cuidados coordenados por equipes de APS, tomando como cenário o SUS, Silva (2008) propõe, ainda que genericamente, o aperfeiçoamento das redes regionalizadas de atenção à saúde mediante fortalecimento da APS, organização da rede via APS, fortalecimento da regulação e da gestão regional. Para tanto, indica passos convergentes com a literatura que expusemos nesse trabalho e que sintetizamos no intuito de aproveitar o seu caráter didático: 1) Fortalecimento da APS – reafirmar o conceito abrangente, adequar a oferta e a formação dos profissionais, organizar o processo de trabalho no espaço do território, ampliação do escopo e apoio matricial; 2) Organização da rede de atenção via APS – análise da situação de saúde e da rede existente na região, desenho da rede mais adequada à região, identificação dos problemas e análise de cenários, elaboração de plano de ação para aperfeiçoar a rede regional; 3) Fortalecimento da regulação – identificação dos usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região, avaliação e readequação dos

governamental do setor saúde; 3) propriedade dos estabelecimentos e meios de produção; 4) papel do Estado como empregador. Para essa autora, o aumento do financiamento governamental tem sido objeto de permanentes debates, não havendo um consenso, sendo necessário, para entender um sistema de saúde particular, um olhar minucioso no financiamento público, regulação, propriedade e vínculo dos profissionais.

instrumentos que regulam a oferta assistencial na região, legitimação e/ou criação de protocolos técnico-assistenciais, criação ou adequação do suporte logístico; 4) Fortalecimento da gestão regional – fortalecer a governabilidade e ampliar a governança.

Tamanhos desafios podem deslocar o foco da análise e das escolhas que se acredita ser mais coerentes para conformação de um sistema de saúde público e de qualidade, para questões menores ou supervalorizadas, sendo imprescindível, portanto, apontar características que conformam a gestão do cuidado para modelagem de uma rede regionalizada e integrada, com cuidados coordenados por equipes de APS na prática.

1.4 Integração e coordenação: contribuições para pensar a gestão do cuidado em redes de atenção à saúde em sistemas regionalizados

Os conceitos de integração e coordenação em saúde representam abstrações teóricas para designar a natureza de modos de organização dos sistemas, serviços e dos cuidados em saúde. Contudo, a definição acerca da integração e coordenação permanece difusa na literatura, ora sobrepondo-se com o mesmo sentido, ora apresentando-se como conceitos complementares e, em algumas situações, enquanto termos que podem existir independentes um do outro. Por esse prisma, percebemos que, tanto integração, quanto coordenação pode denotar situações diversas a depender do contexto e dos sujeitos que a empregam.

O debate em torno da integração e coordenação não é novo (Mur-Veeman, van Raak, Paulus, 2008), porém reacende sua importância ante os problemas não superados (iniquidades e ineficiência) nos sistemas de saúde latino-americanos (Vázquez et al., 2009; Conill, Fausto e Giovanella, 2010) e novos desafios como o impacto da crise financeira e as medidas de austeridade que incidem nos sistemas de saúde europeus (Mladovsky et al., 2012; WHO, 2009). Por conseguinte, trata-se de um tema que recebe ampla atenção nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no Observatório Europeu em Sistemas e Políticas de Saúde e, mais recentemente, ganha espaço na agenda das pesquisas realizadas no Brasil.

Entre os argumentos em defesa da integração e coordenação para organizações dos sistemas de serviços de saúde, destacam-se a necessidade de reduzir a segmentação e fragmentação da atenção, garantir a equidade no acesso, aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde (Vázquez et al., 2009; Conill, Fausto e Giovanella, 2010), evitar a

sobreposição desnecessária, onerosa e iatrogênica em intervenções médicas, direcionar os serviços e distribuir os profissionais adequadamente entre os diferentes níveis (Saltam, Rico e Boerma, 2006), possibilitar a gestão clínica e a continuidade do cuidado das condições crônicas, reduzindo a hospitalização desnecessária, buscando uma atenção balanceada, com adequação da oferta de serviço e organização dos fluxos entre serviços especializados de média e alta densidade tecnológica e a atenção de primeiro nível (Giovanella, 2011; Greß et al., 2009), controlar os custos (Leatt, Pink e Guerriere, 2000), além de favorecer o fluxo comunicacional, atenção ao longo do tempo e a continuidade do cuidado (Haggerty et al., 2003).

Uma importante contribuição é apresentada pela Organização Pan-americana de Saúde, após revisão de vários textos para elaboração do documento *Redes Integradas de Servicios de Salud* (OPS, 2008), ao afirmar que os termos coordenação, continuidade e integração assistencial são utilizados, muitas vezes, indistintamente para referir-se a uma mesma ideia. Entretanto, admite haver matizes importantes que diferenciam tais conceitos. Assim, a continuidade retrataria melhor a relação usuário e provedor que, por sua vez, para existir necessitaria de coordenação na atenção e, finalmente, a integração corresponderia a um nível avançado de coordenação.

Em diversos países da América Latina, entre eles Colômbia, Chile e Brasil, a integração dos serviços de saúde (*integrated health care networks* ou *integrated health care delivery systems* ou *health systems integration*), mesmo com trajetórias e opções políticas distintas, tem sido um meio para as reformas em curso no setor, sendo uma estratégia para melhorar a eficiência e o acesso aos cuidados em saúde (Vázquez et al., 2009). Esses autores apresentam cinco características principais das redes integradas de serviços de saúde: 1) A diversidade de problemas de saúde devem encontrar respostas e serem resolvidos dentro da rede de serviços; 2) O sistema deve evitar sobreposição entre os níveis; 3) O primeiro nível de atenção deve atuar como entrada preferencial para toda a rede (*gatekeeping*); 4) Disponibilidade de informação clínica do usuário deve estar disponível em todos os pontos da rede (referência e contrarreferência e/ou prontuários eletrônicos compartilhados); e 5) As várias tecnologias devem ser distribuídas (centralizadas ou descentralizadas) apropriadamente entre os distintos pontos e níveis da rede, atentando para efetividade e eficiência.

Também no âmbito de sistemas de saúde latino-americanos, Conill e Fausto (2007), em análise comparada para analisar a problemática da integração, concluem que, embora haja inúmeras diferenças na implementação dos sistemas de serviços de saúde entre os países estudados, há uma política continental (proposta e defendida pela OPAS) à renovação e

fortalecimento da APS, visando a integração e coordenação entre os níveis. Os resultados identificaram três modalidades de integração: 1) atenção primária seletiva (Bolívia, Nicarágua e El Salvador) no interior de programas materno-infantis (coordenação restrita e integração focalizada); 2) experiências municipais em sistemas baseados em seguros (iniciativas isoladas, na Colômbia); e 3) APS como porta de entrada (Brasil, Costa Rica, Chile e Venezuela) e eixo estruturante de um sistema público (política de reorganização do modelo assistencial). A terceira modalidade, comum a sistemas universais, apresentou uma série de estratégias importantes para fortalecimento de redes integradas de saúde: territorialização com adscrição de clientela, equipes multidisciplinares, informatização de prontuários, centrais de marcação de consultas, equipes especializadas de apoio, consórcios para atenção especializada, comitês de integração de serviços, criação de redes e estímulo à gestão regional (Conill, Fausto e Giovanella, 2010). Contudo, segundo essas autoras, mesmo nos países com sistemas universais, havia persistência de segmentação com fragmentação dos serviços, forjando uma frágil integração e coordenação entre os níveis de atenção. Essa conclusão, também, é evidenciada em pesquisa que compara a política de atenção integrada (*integrated care policy*) em seis países europeus (Mur-Veeman, van Raak e Paulus, 2008).

Compreendemos que a integração dos serviços de saúde é a contraposição aos modelos fragmentados, ou seja, é a busca por consubstanciar uma organicidade aos sistemas de saúde que, segundo Mendes (2001, p.72), sustenta-se em três eixos: “*a oferta de serviço, de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde; a integração desses pontos de atenção à saúde, por meio de um sistema de gestão da clínica, e a existência de uma população adscrita, cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema*”. Percebemos que, na concepção do autor, os pontos centrais da integração do sistema de saúde modelam uma rede de atenção à saúde.

Em extensa revisão sistemática de literatura sobre integração de sistemas de saúde (*health systems integration*), Armitage et al. (2009) afirmam que apesar do grande número de artigos que discutem a integração, persiste uma insuficiência de estudos empíricos de alta qualidade que forneçam evidências para tomada de decisão, percebem, ainda, a ausência de um conceito ou definição universal para a integração e apontam a falta de ferramentas validadas e padronizadas para avaliação dos resultados, o que torna a tarefa de medir e comparar o impacto da integração no nível das práticas, serviços e/ou sistema de saúde um grande desafio para gestores e pesquisadores.

Entretanto, mesmo considerando que não seja possível um modelo como “receita única para qualquer contexto” (*one-size-fits-all*) para integração, Suter et al. (2009)

identificam um conjunto de dez princípios universais, na literatura revisada, que são essenciais e presentes em sistemas de saúde integrados bem sucedidos. Tratam-se de princípios genéricos, mas que permitem, segundo esses autores, uma avaliação dos esforços realizados para integração em sistemas de saúde, pois definem áreas essenciais e permitem flexibilidade e adaptação aos diferentes contextos: 1) serviços integrais e atenção contínua (*comprehensive services across the continuum of care*); 2) serviços centrados no usuário (*patient focus*); 3) cobertura e adscrição populacional (*geographic coverage and rostering*); 4) padronização dos cuidados entre as equipes de saúde nos diferentes níveis (*standardized care delivery through interprofessional teams*); 5) gestão por desempenho (*performance management*); 6) sistemas de informação (*information systems*); 7) liderança e cultura organizacional (*organizational culture and leadership*); 8) integração entre os médicos de diferentes níveis do sistema (*physician integration*); 9) estrutura de governança (*governance structure*); e 10) gestão financeira (*financial management*).

Com efeito, a necessidade de integração tem desafiado as reformas dos sistemas de saúde em todo o mundo. Na Europa, segundo Gröne e Garcia-Barbero (2001), muitos países introduziram mecanismos para melhorar a integração do sistema hospitalar, porém, utilizando-se de abordagens com diferentes termos como: *shared care, transmural care, intermediate care, seamless care, disease management, case management, continuous care, integrated care pathways and integrated delivery networks*. Para esses autores, embora tenham o objetivo comum de melhorar a integração e coordenação dos serviços, tais abordagens têm abrangência e metas bastante diferentes: alguns focando, sobretudo, na redução de custos e outros que procuram melhorar a qualidade, o acesso e a satisfação dos usuários. Por sua vez, sustentam a definição de atenção integrada (*integrated care*), adotada pela OMS europeia (*WHO European Office for Integrated Health Care Services*), como “*um conceito que junta insumos, gestão e organização dos serviços relacionados ao diagnóstico, ao tratamento, ao cuidado, à reabilitação e à promoção da saúde. A atenção integrada é um meio para melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência*” (Gröne e Garcia-Barbero, 2001, p.7).

Tais borramentos, ainda, foram investigados pela OMS que, entendendo a dispersão dos conceitos, sintetizou os “serviços integrados de saúde” (*integrated health services*) em seis modalidades mais correntes: 1) como um amplo conjunto de intervenções preventivas e curativas para um determinado grupo populacional; 2) como pontos de distribuição de serviços multiuso; 3) enquanto continuidade da atenção ao longo do tempo; 4) como integração vertical de diferentes níveis de serviço; 5) como vinculação entre a formulação de

políticas e gestão dos serviços; 6) na qualidade de trabalho intersetorial. Por fim, cunha uma definição preliminar sobre integração admitindo tratar-se “*da gestão e distribuição de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um conjunto de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis do sistema de saúde*” (WHO, 2008b, p.4).

Ao sintetizar características de uma atenção integrada (*integrated healthcare*) de saúde no sistema canadense, Leatt, Pink e Guerriere (2000) listam alguns critérios que os serviços devem ter/ser para o usuário: o usuário não precisa repetir sua história a cada atendimento; não precisa se submeter a repetições de exames a cada nova consulta; o usuário não é a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos; o usuário não se submete a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível; dispõe de 24 horas de acesso a um estabelecimento ligado à atenção primária; recebe informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; pode marcar uma consulta ou receber um resultado por telefone; tem opções de escolha para consultas na APS e os profissionais devem dispor de tempo suficiente nas consultas de primeiro nível; é rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; recebe informações sobre sua doença, apoio domiciliar e em autocuidado que maximize a sua autonomia.

Ainda no campo conceitual, uma distinção importante é feita por Rosen et al. (2011) entre “*integração*” (*integration*) e “*atenção integrada*” (*integrated care*). Segundo esses pesquisadores, integração é um conjunto de métodos, processos e ferramentas de suporte para coordenação de serviços de atenção à saúde. Por sua vez, atenção integrada refere-se ao produto final da integração em termos de serviços (centrado no usuário) para cumprir requisitos de alta qualidade, custo-eficiência e altos níveis de satisfações dos usuários. Ou seja, atenção integrada pode ser caracterizada pela coerência e coordenação na prestação de serviços de saúde para as pessoas, por meio de uma ampla gama de organizações de atenção à saúde, diferentes profissionais e cuidadores informais.

Entretanto, o cotejamento entre sistemas de serviços europeus (Áustria, Espanha, Finlândia, Holanda, Inglaterra e Suécia) revelou que, mesmo com sistemas consolidados, apresentam diferentes graus de fragmentação, sendo que as políticas de atenção integrada são engendradas para atender a determinados agravos crônicos e/ou grupos específicos (idosos, deficientes) e com relativa deficiência na coordenação pelos médicos de APS (Mur-Veeman, van Raak e Paulus, 2008). É importante sublinhar que os autores referem-se a modelos de

cuidados médicos, típicos de países que fazem uma distinção entre serviços clínicos e serviços de saúde pública, com papel periférico de outros profissionais (inclusive enfermeiros), restringindo a integração aos cuidados individuais, pois outras políticas sociais (educação, saneamento básico, transporte, habitação etc.) já estão consolidadas e universalizadas.

Ainda na perspectiva internacional sobre as origens e matrizes dos sistemas integrados, Mendes (2001) constata que há inúmeras experiências, com distintas abordagens, oriundas do setor público e/ou privado, sendo o movimento universal de desospitalização, a viragem ambulatorial canadense, a substituição europeia e a atenção gerenciada americana, as mais significativas.

Uma leitura atenta dos diversos livros e textos produzidos por Mendes (1999; 2001; 2002; 2007; 2008; 2010; 2011) revela que o autor, após inúmeras revisões de literatura e incursões teóricas e práticas, parte da concepção inicial de sistemas integrados de saúde para uma de redes de atenção à saúde. Ao analisar as redes nos últimos anos, a integração passa a ser um atributo interno à sua materialização. Para esse autor, a integração pode ser horizontal (por semelhança e/ou coincidência na função) ou vertical (por diferenças de funções e necessidade de complementaridade), mas devem superar a ideia hierarquizada e piramidal, atribuindo à APS o *status* de coordenadora dos cuidados. E, nessa órbita, *“a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade, é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo”* (Mendes, 2007, p.16).

A integração dos serviços de saúde tende a atuar de maneira equilibrada sobre as condições agudas e crônicas, desde que estejam organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde em formato de redes de atenção à saúde (Mendes, 2011). Na via contrária, a fragmentação causa baixo desempenho aos serviços de saúde, por conta da dificuldade de acesso aos serviços, perda da continuidade dos processos assistências, incoerência entre necessidade e oferta de serviços, uso inadequado e ineficiente dos recursos disponíveis, incremento desnecessário dos gastos e baixa satisfação dos usuários. Por consequência, evidencia-se demanda reprimida e atrasos na oferta de serviços, repetições desnecessárias e/ou perda de histórias clínicas, duplicações de provas diagnósticas, ações voltadas para condições agudas ou eventos agudos das condições crônicas, médico especialista assumindo definitivamente o cuidado do usuário, ao invés de assumir a condição de interlocutor com a APS (OPS, 2008; Mendes, 2011). Em síntese, a fragmentação manifesta-se fundamentalmente *“como falta de coordenação e intercomunicação entre os distintos pontos de atenção, duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade instalada ociosa em alguns casos ou utilização excessiva em outros, cuidado de saúde fornecido em*

lugar menos apropriado, particularmente em hospitais, e distribuição inadequada dos pontos de serviços de saúde” (OPS, 2008, p.12).

Para superar a fragmentação em sistemas de saúde, a interface entre integração e coordenação é indissociável e indispensável. Por esse prisma, Vázquez et al. (2009) apresentam um quadro conceitual para análise do desempenho dos sistemas integrados de saúde, tomando como alicerce uma extensa revisão sistemática. De acordo com esses autores, os resultados de sistemas integrados de saúde consolidados apresentam um nível intermediário, correspondendo à coordenação, continuidade do cuidado e acesso. Por sua vez, satisfeito esse nível, o resultado final seria maior equidade no acesso e melhor eficiência na rede de serviços.

Em síntese, Vázquez et al. (2009) definem que a integração pode ser considerada o mais alto grau de coordenação. Assim como, a coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado das pessoas, articulados, numa rede integrada, para resolver as necessidades dos usuários. Em contrapartida, a continuidade relaciona-se ao modo como os usuários percebem e vivenciam a coordenação e a integração nos serviços.

No debate atual, nos sistemas europeus, os estudos de Greß et al. (2009), Gervas e Rico (2005), Saltman, Rico e Boerma (2006), além de Wadmann, Strandberg-Larsen e Vrangbæk (2009) defendem que os sistemas integrados de saúde devem apoiar-se na APS como coordenadora dos cuidados (reformas pró-coordenação) para atingir alguns objetivos básicos como o cuidado continuado, a longitudinalidade, a resolubilidade dos problemas no nível mais adequado, melhora progressiva dos resultados, equidade e uso adequado dos recursos.

Contudo, Giovanella (2006) adverte que o movimento de reformas pró-coordenação nos sistemas de saúde europeus ocorre num contexto de restrição de gastos, buscando um melhor desempenho custo-efetivo, aumento da qualidade e eficiência, mas que, ainda assim, respondeu a mudanças do perfil epidemiológico (envelhecimento e doenças crônicas), novos métodos terapêuticos e de diagnóstico e necessidade de cooperação interorganizacional entre os níveis de atenção. Para tanto, segundo a autora, as reformas seguiram dois caminhos: 1) aumentando o poder e controle da APS sobre os prestadores de outros níveis, fortalecendo a coordenação; e/ou 2) expandindo a oferta de serviços e funções da APS, privilegiando a provisão. O principal mecanismo para aumentar o poder da APS foi adotá-la como porta de entrada obrigatória (*gatekeeping*), sobretudo nos países com sistema nacionais de saúde. Por

sua vez, o principal dispositivo utilizado para aumentar o escopo da APS foi ampliar as funções dos médicos generalistas seguindo diretrizes clínicas ou criando novos arranjos de trabalho para a APS, como: “*contratação de especialistas em tempo parcial para trabalho em centros de saúde junto com generalistas, integração com serviços de enfermagem e de saúde mental, cooperativas de generalistas para prestar pronto-atendimento fora do horário comercial, e, realização de procedimentos especializados pelos próprios generalistas que se tornam referência interna para determinado grupo de generalistas*” (Giovanella, 2006, p.959).

A viabilidade e pertinência de sistemas coordenados e direcionados pela APS, na Europa, não é uma resposta inequívoca, devido à diversidade de sistemas de saúde e as características na sua condução nos distintos países da União Europeia (Boerma, 2006). Contudo, temas comuns como o envelhecimento populacional, a crescente necessidade de enfrentamento das condições crônicas, as comorbidades, as novas modalidades de diagnóstico e terapia, a crescente especialização e subspecialização dos profissionais, a demanda por cuidados continuados e os custos na área da saúde têm exposto a ineficiência dos sistemas fragmentados e descoordenados para lidarem com tais questões (Boerma, 2006; Calnan, Hutten e Tiljak, 2006; Mur-Veeman, van Raak e Paulus, 2008). Nesse sentido, Greß et al. (2009) realizaram estudos de caso comparando oito países europeus e, como resultados, perceberam que nações com um sistema de APS forte (Espanha, Finlândia, Holanda, Inglaterra e País de Gales) tendiam a desenvolver melhor integração entre os níveis, potencializando a gestão e coordenação das condições crônicas, em contraste com países com APS fraca (Áustria, Bélgica e Alemanha) cujo sistema mostrou-se desarticulado e com dificuldades na coordenação.

As principais dificuldades para coordenação de serviços de saúde ocorrem pela “assimetria da informação”, além disso, as decisões médicas são difíceis de serem julgadas e os resultados sanitários não são fáceis de medir, pois nem sempre são imediatos e não estão atrelados unicamente aos serviços de saúde. Além disso, a coordenação em países europeus tem logrado maior sucesso entre os que estabeleceram a APS como porta de entrada e o médico generalista como filtro (países com sistemas nacionais de saúde) (Gérvas e Rico, 2005), mas os mecanismos pró-coordenação têm variado, notadamente, por meio de incentivos financeiros (Giovanella, 2011; Wadmann, Strandberg-Larsen e Vrangbæk, 2009). Ademais, o sucesso na coordenação via APS depende, também, do prestígio/credibilidade que

médicos generalistas desfrutam entre o coletivo de médicos especialistas e com a sociedade (Saltman, 2006; Gérvas et al., 2007).

Nesse contexto, Gérvas e Rico (2005) advogam, a partir de experiências europeias, que os profissionais de primeiro contato, particularmente os médicos generalistas (*general practitioners*), devem agir como filtros (*gatekeeper*) para a atenção especializada, por meio do fortalecimento de suas ações na rede, bem como, ampliação do leque de oferta de serviços. Em Portugal, por exemplo, todo médico da APS é um especialista em Medicina Geral e Familiar, ou seja, tem uma formação compatível com outras especialidades médicas, permitindo o reconhecimento entre os pares de distintos níveis assistenciais, melhorando a resolubilidade das ações clínicas e facilitando a coordenação entre os níveis (Rocha e Sá, 2011).

A argumentação a favor da coordenação sustenta-se, ainda, em ampla revisão realizada por Núñez, Lorenzo e Navarrete (2006), que sintetizam que os problemas de falta de coordenação entre os níveis assistenciais repercutem na ineficiência da gestão de recursos com duplicidade diagnóstica, encaminhamentos inadequados, má utilização das urgências hospitalares, perda de continuidade nos processos assistenciais e diminuição na qualidade da atenção prestada.

Para Starfield (2002), a coordenação é um atributo da APS e funciona como um amálgama, pois potencializa e viabiliza os cuidados continuados, articula os diferentes pontos no sistema para a integralidade e desburocratiza a função de primeiro contato. De acordo com essa autora, a coordenação parte do reconhecimento que as diferentes necessidades das pessoas e as possibilidades de resolução não podem ser alcançadas apenas pela equipe de APS. Nesse caso, caberia aos profissionais da APS receber e reconhecer as necessidades dos usuários, responsabilizando-se pelo encaminhamento interno ou para outro serviço mais adequado, bem como, estar em contato direto com outros profissionais (especialistas) para complementar as informações e aumentar a resolubilidade, a fim de prosseguir com o acompanhamento continuado. Nessa mesma direção, Mendes (2002) sintetiza que a coordenação implica a equipe de saúde, da APS, reconhecer e ordenar os problemas que requerem cuidados compartilhados por profissionais de outros segmentos e, ao mesmo tempo, garantir a continuidade da atenção. Sendo assim, “*a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário*” (Almeida et al., 2010, p.287).

Para tanto, há necessidade de uma rede integrada, ou seja, necessita-se de um sistema que oferte diferentes serviços com graus variados de densidade tecnológica, com profissionais

de diferentes formações adequadamente distribuídos e que reconheçam o papel coordenador da equipe da APS, além de usuários que busquem a APS como primeiro contato e estabeleçam vínculos com esses profissionais. Nesse quesito, abre-se uma distinção acerca da integração e coordenação, pois “*a integração se expressa na organização do sistema de saúde e a coordenação se realiza no nível do cuidado individual exercida pelos profissionais de saúde no processo de atenção e se expressa em atenção contínua, centrada no paciente, adequada às suas necessidades de saúde, e oportuna – ofertada no tempo adequado*” (Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009, p.21). Em síntese, na nossa compreensão, a coordenação só é possível em sistemas integrados.

Inspirados em Conill e Fausto (2007), entendemos que a efetivação da integração dos serviços e coordenação dos cuidados implica alguma forma de longitudinalidade por um mesmo profissional ou equipe e continuidade dos cuidados com a responsabilização pelos fluxos e contrafluxos em qualquer ponto da rede. Tais distinções entre longitudinalidade “*presença e o uso de uma fonte habitual de atenção no decorrer do tempo*” e de continuidade “*seqüência de consultas nas quais há mecanismo de transferência de informação*”, estão bem discutidas e delimitadas por Starfield, (2002; 1980).

Dessa forma, compreendemos que sistemas públicos de serviços de saúde com forte integração têm a coordenação e a continuidade do cuidado como elementos sinérgicos, bem como sistemas com coordenação e continuidade do cuidado entre os diferentes pontos da rede resultam e/ou requerem uma adequada integração, as variações, portanto, de integração sem coordenação ou vice-versa, são comuns em estratégias parciais, ou seja, sistemas públicos de saúde nos quais a universalidade e a integralidade pertencem, apenas, ao campo formal, pois, não estão consolidadas.

Trata-se, por conseguinte, de um grande desafio posto que a integração da rede e coordenação dos cuidados em saúde pressupõe uma relação de interdependência entre atores sociais e organizações distintas, cada qual possuindo parcelas de recursos necessários à resolução de problemas que são comuns a toda a rede, envolvendo conflitos de interesses e disputa de poder (Almeida et al., 2010; Hartz e Contandriopoulos, 2004).

Esses argumentos distinguem a “coordenação dos cuidados” (*coordination*) de procedimentos burocráticos como o “manejo de caso” (*case management*) ou o “manejo da doença” (*disease-management programmes*) que atendem a uma racionalidade instrumental, mais afeita ao controle dos custos (centrados nos gestores e/ou mercado) e/ou fragmentação dos cuidados (centrados nos profissionais e/ou mercado), muitas vezes em detrimento das reais necessidades do usuário ao fracionar a continuidade da atenção. Programas de manejo de

doença têm forte ideologia do sistema de seguros privados de saúde norte-americano, portanto, tendem a negligenciar as comorbidades, serem direcionados para indivíduos que já desenvolveram doença crônica e, por isso, são ineficientes na prevenção de doenças (Grefß et al., 2009). Além disso, o campo da saúde suplementar utiliza a integração e a coordenação, acima de tudo, como artifício para contingenciar a utilização dos serviços pelos segurados ou evitar que médicos solicitem determinados procedimentos que venham onerar as seguradoras. Esses procedimentos que ficaram conhecidos como *managed care* (atenção gerenciada) e são utilizados em organizações de *managed care* por operadoras de planos de saúde privados dos Estados Unidos, foram difundidos como instrumento de organização da atenção para diversos países.

Esmiuçando essa discussão, Merhy (2002) e Merhy, Iriart e Waitzkin (1996) abordam o processo de trabalho em saúde e destrincham um panorama latino-americano da atenção gerenciada e seus desdobramentos na gestão dos serviços de saúde, no Brasil, alertando-nos acerca dos riscos de sua migração indiscriminada para o setor público. Na mesma direção, Campos e Onocko-Campos (2009, p.233) polemizam, “*a atenção gerenciada imagina diminuir custos e aumentar a eficácia do trabalho em saúde, retirando dos profissionais, particularmente dos médicos, a capacidade de decisão sobre o próprio trabalho clínico. Esse poder é passado aos gerentes, que por meio de minuciosos protocolos – padronização de consultas diagnósticas e terapêuticas – controlam e determinam o que fazer no cotidiano dos trabalhadores*”.

Os diferentes argumentos para definir a melhor forma de prover os serviços de saúde (extensão do financiamento, regulação estatal, propriedade dos estabelecimentos, os meios de produção, papel do Estado como empregador, extensão da cobertura e escopo dos serviços etc.) desenvolvem-se num contexto histórico e cultural de cada país, sendo elementos de disputas, consensos e alianças entre uma constelação de atores (sindicatos, associações profissionais, igreja, *policy makers*, usuários, mercado) (Immergut, 1992; Mur-Veeman, van Raak e Paulus, 2008). Dessas conjunturas emergem os sistemas de saúde e os distintos modelos de atenção à saúde que, guiados por um conjunto de crenças, circunscrevem uma “[...] *espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre risco e danos à saúde*” (Paim, 2008, p.554).

Assim sendo, o processo de fragmentação-integração nos serviços de saúde é fruto dessas lógicas, bem como, suas variadas modelagens: piramidais ou em rede, hierárquica ou

em círculo, centrada no procedimento ou na produção do cuidado, competitiva ou colaborativa, fracionada ou coordenada. Oliveira et al. (2004), por exemplo, admitem a existência de uma rede, mesmo em sistemas fragmentados, pois há sempre pontos de contato/interfaces entre os serviços, bem como, há permanente deslocamento das pessoas em busca de atendimento (fluxo assistenciais), entretanto, as distingue na forma de organização dos serviços em “redes em árvore” ou “redes em malha”. Para essas autoras, *“redes em árvore, também conhecidas como redes hierárquicas (ou piramidais), caracterizam-se pela limitação das conexões entre seus diversos ramos. Predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para o seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Já as redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados”* (Oliveira et al., 2004, p.387).

No Brasil, os mecanismos de integração dos serviços e coordenação do cuidado respondem por princípios gerais (descentralização, regionalização e integralidade) e inúmeras estratégias de gestão (regiões de saúde, redes temáticas, linhas do cuidado, consórcio de saúde, redes de atenção à saúde, entre outras).

Todavia, entendemos que o ponto concordante deve ser a implicação na produção da saúde, convertendo, de fato, o modelo fragmentado, de baixo impacto e custos elevados, em um modelo que conceba, mediado pelo *ethos* social, o “cuidado como um valor” (Pinheiro, 2009) e atenda a critérios basilares para gestão do cuidado. Para Campos (2003), os critérios imprescindíveis seriam: a busca por maior eficácia e eficiência, aumento da capacidade dos gestores e das equipes para estabelecer compromissos e contratos, produzir o menor dano possível (físico, mental e/ou social), busca de intervenções terapêuticas pedagógicas que aumentem a autonomia e o autocuidado das pessoas (efeito Paidéia), por meio da gestão dos processos de trabalho.

A coordenação do cuidado via equipes de APS e a integração dos serviços em rede regionalizada de saúde são dispositivos para gestão do cuidado que, no SUS, devem ter como horizonte a garantia da integralidade. Para tanto, requerem alguns pressupostos: gestão do sistema de saúde orientada para o trabalho em rede; modelo assistencial orientado para responsabilização e vínculo entre profissionais de saúde e usuários; disponibilidade de recursos necessários à continuidade e/ou complementação do cuidado nos pontos de distintas densidades tecnológicas; sistema de informação que dê conta da complexidade e da atualidade de um conjunto de informações (Magalhães Jr. e Oliveira, 2006).

Nesse sentido, pesquisas realizadas por Dias (2012), em Belo Horizonte; Almeida et al. (2010) e Giovanella et al. (2009), em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, avaliaram as estratégias de coordenação entre a APS e a atenção especializada, na perspectiva da integração entre os níveis assistenciais. As principais evidências (de forma diferenciada entre os municípios) indicam táticas que favorecem a coordenação e integração e corroboram os pressupostos anteriormente apresentados: 1) indução à organização e integração da rede foi potencializada pela expansão da ESF; 2) implantação de centros de especialidades médicas melhorou a oferta de consultas e exames, além de redução dos tempos de espera; 3) a opção pelo SISREG possibilitou conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção a consultas e exames e garantiu maior imparcialidade no controle das agendas; 4) implementação de comissão de regulação local e distrital, ou seja, incorporação da regulação à rotina dos profissionais da saúde da família; 5) a informatização dos prontuários eletrônicos melhorou a continuidade do cuidado, favoreceu a comunicação entre níveis assistenciais, permitiu o acesso rápido às informações e uma visão integral do usuário. As principais desvantagens do prontuário eletrônico foram a lentidão do sistema, segmentação dos programas, formato rígido e desatualizado e perda de informações, além disso, é necessário integrá-lo à rede e distintos prestadores (privados e estaduais); 6) desenvolvimento e aplicação de protocolos gerenciais e de protocolos clínicos, orientando o fluxo de encaminhamentos à atenção especializada; 7) iniciativas recentes de comunicação e apoio matricial entre profissionais das EqSF e atenção especializada; e 8) contratação de serviços da rede privada, de forma complementar, para suprir deficiências na oferta da rede especializada.

Como pudemos observar, o debate na literatura internacional sustentou a importância da integração dos sistemas e coordenação do cuidado. Não obstante, mesmo apresentando diretrizes gerais, a partir de revisões de literatura ou de cotejamentos entre os países, ressaltaram a necessidade de adaptação aos diferentes contextos, tendo como norte a universalização do acesso com qualidade na atenção à saúde. As pesquisas realizadas no Brasil seguem o mesmo argumento e buscam captar evidências nas experiências de gestões municipais e, assim, divulgar possibilidades de mudanças e obstáculos a serem superados para consolidação do SUS.

Nessa perspectiva, quando falamos em *Gestão do Cuidado em rede regionalizada* estamos “recortando” uma tipologia, ainda que não pura nem ideal, do que vislumbramos enquanto gestão em saúde: uma ação política, técnica e ética.

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado em rede regionalizada é uma forma de organização do trabalho para produção do cuidado em saúde, ou seja, a operacionalização de um dado modelo de atenção à saúde. É uma ação política, porquanto se refere ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, ou seja, confunde-se com o exercício do poder. É uma ação técnica, pois incorpora e opera tecnologias¹⁵ para organizar os serviços de saúde e lidar com situações concretas do processo saúde-doença. É uma ação ética, uma vez que a prática em saúde se dá no encontro entre sujeitos, requerendo uma tomada de posição em ato, mediada pela intersubjetividade no encontro entre trabalhador de saúde e usuário do serviço. Sendo assim, a gestão do cuidado resulta de responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional, propostas por Cecílio (2009), e retraduzidas por nós em níveis político-institucional, organizacional e das práticas, ou seja, catalisa a integração dos serviços e a coordenação dos cuidados. A gestão do cuidado, por conseguinte, consubstancia-se nas ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno.

Nessa lógica, mas de forma ideal, para gestão do cuidado em redes regionalizadas, os profissionais da APS devem funcionar como principal porta de entrada (*gatekeeper*), pois acolhem a demanda dos usuários e os acompanham em distintas necessidades, em diferentes fases da vida, de maneira regular e ao longo do tempo (longitudinalidade), os encaminham para o serviço mais apropriado quando necessário, sem perda de contato e ordenando-os por diferentes fluxos na rede de serviços (coordenação e continuidade), requerendo, para tanto, fluxos comunicacionais (cadastro único do usuário, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos compartilhados, guia de referência e contrarreferência, telessaúde e/ou outros) entre os profissionais dos distintos serviços (continuidade e integração), situados dentro e fora do território de residência (integração e regionalização), conforme a necessidade e a pertinência (eficiência).

Porém, considerando que a integração dos serviços, a coordenação e continuidade do cuidado são problemas presentes no SUS real, entendemos que os profissionais de saúde, ao desempenharem a gestão do cuidado nos seus diferentes níveis, deverão apresentar plasticidade no processo de trabalho de modo a viabilizar o acesso dos usuários ao serviço

¹⁵ No campo da saúde, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipamentos médicos. No entanto, a tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões (Schraiber, Mota e Novaes, 2009, p.382).

necessário e em tempo oportuno. Nesse sentido, os profissionais da APS serão coordenadores do cuidado para as populações com cobertura da ESF ou que tenham, pelo menos, uma unidade básica tradicional que possam acessar. As pessoas desprovidas de cobertura da ESF/UBS ou que não conseguem acessá-las, as pessoas que buscam hospitais, serviços de pronto-atendimento e/ou serviços especializados precisarão ter sua demanda avaliada e serem adequadamente encaminhadas (quando possível) ou atendidas quando for necessário ou oportuno. Admite-se, assim, uma coordenação compartilhada (gestão do cuidado no nível organizacional e profissional – ação técnica e ética).

Desse modo, entendemos que o *status* da APS como coordenadora e a integração da rede de cuidados regionalizados devem ser pensados de modo a superar os tradicionais modelos de atenção de desenho piramidal de recorte apenas burocrático. Essa perspectiva coloca todos os equipamentos de atendimento à saúde como potenciais portas de entrada do sistema, ou seja, admite-se que o mais importante é que o usuário ao procurar um serviço encontre resposta adequada a seu problema de saúde e seja adequadamente acolhido e encaminhado, quando necessário, ao serviço que dará seguimento e o manterá vinculado, a partir da lógica da continuidade do cuidado, nesse caso, uma unidade de saúde de APS (Cecílio, 1997; Mattos, 2009b).

A polêmica levantada não nega a APS como porta de entrada preferencial, nem tão pouco deslegitima o seu papel coordenador (ainda que casual) aos demais níveis de atenção. Pelo contrário, Cecílio (1997) e Mattos (2009b) analisam os itinerários concretos dos usuários no SUS e advogam que a principal porta de entrada é o próprio trabalhador de saúde, ou seja, é na dimensão profissional/nível das práticas da gestão do cuidado, em qualquer ponta da rede. Desse modo, ao acolher e utilizar a tecnologia mais adequada ao problema demandado pelo usuário, o trabalhador deverá responsabilizar-se em manter (caso seja na APS) ou encaminhá-lo à APS (caso seja outro nível), que a partir de então será o ponto da rede responsável pela continuidade de seus cuidados.

A suposta flexibilidade não é uma contradição à coordenação realizada pelos profissionais da APS, mas uma perspectiva crítica aos modelos que apostam na mudança *top-down* ou centralizam o debate na transformação da estrutura e das ferramentas de gestão e dão pouca ênfase na mudança do processo de trabalho e na micropolítica no interior das instituições. Para Franco (2009, p.160), “*a questão do acesso só será enfrentada de forma definitiva se se conseguir operar alterações estruturais no modo de produção do cuidado. Isso significa radicalizar o conceito de mudança na saúde, direcionando-a para a ruptura com o atual padrão tecnológico de produção do cuidado, que prioriza as tecnologias duras,*

em detrimento dos processos mais relacionais, o que tem sido a causa da sua baixa resolutividade. Esse modelo tecnológico de produção do cuidado cria a restrição ao acesso, pois é um modelo que opera centrado no ato prescritivo, nas tecnologias duras e terapêuticas medicamentosas, se caracterizando como serviços extremamente custosos, pois criam uma cadeia de consumo a partir de cada consulta médica, uma vez que o processo produtivo é centrado em insumos de maquinaria e instrumental”.

Em síntese, Cecílio (1997) e Mattos (2009b) estão admitindo que a APS constitui-se como nível fundamental do cuidado ao longo da vida (longitudinalidade), mas não é o único ponto inicial de contato no momento da busca por cuidados (fluxos reais), mormente na realidade brasileira na qual os equipamentos de saúde na APS são insuficientes, irregularmente distribuídos, enfrentam acúmulo de demandas, há restrição no número de profissionais adequados a esse nível de atenção e, ainda, há necessidade de valorização/legitimidade dos cuidados primários pela população e pelos profissionais.

Tais questões abordadas partem da perspectiva dos fluxos reais das pessoas em seus territórios e sustentam-se na linha dos serviços de saúde centrados no usuário (usuário-centrado). Transformar a APS em porta de entrada principal é uma meta a ser construída ao longo do tempo (WHO, 2008a), mas no transcorrer do processo de vinculação das pessoas a esses serviços, há necessidade de uma rede atenta, responsável e acolhedora, para “captar” os usuários que não fazem uso dos serviços primários e transformam, no cotidiano, os hospitais e outros equipamentos de referência em serviços de primeiro contato. Acerca dessa questão Cecílio (1997, p.473) indaga-nos “*em geral, afirmamos que ‘a população está entrando pela porta errada’, ou não seria mais correto afirmarmos, [...], que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender sob a forma de uma pirâmide de serviços?”*.

O relatório da Organização Mundial de Saúde, em 2008, demarca e defende que as reformas de prestação de serviços a partir do movimento pela APS têm por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados e, por isso, têm maiores chances de estabelecer as condições para a orientação para as pessoas, integralidade, continuidade e, assim, garantir melhores resultados em saúde, por meio de serviços que estabeleçam uma relação estável, pessoal e duradora (longitudinalidade) “*entre a população e os profissionais que são o seu ponto de entrada para o sistema de saúde*” (WHO, 2008a, p.55). O documento citado apresenta, ainda, uma série de evidências em diferentes países para sustentar a defesa pela APS enquanto estratégia adequada para organização dos sistemas de saúde.

Em razão disso, o argumento para a reestruturação modelar do sistema de serviços de saúde de desenho piramidal e hierárquico por outro que fomente a cooperação e interdependência entre os diferentes sujeitos de diferentes pontos, sustenta-se na premissa de que aquele interdita possibilidades de integração de serviços e coordenação do cuidado entre os profissionais de níveis distintos, pois engendra uma distribuição de serviços de saúde baseados na suposta superioridades daqueles que estão no topo, gerando uma visão distorcida de complexidade que leva *“consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS”* (Mendes, 2011, p.83).

Do ponto de vista histórico, a pirâmide de serviços de saúde foi concebida apoiada em estudos sobre a complexidade dos problemas de saúde e sua prevalência. Tratando-se, portanto, de uma tradição que se tornou parâmetro para os sistemas de saúde em distintos países, especialmente por retratar uma hierarquização entre os serviços e os sujeitos, ajustar-se a diferentes interesses e a uma racionalidade epidemiológica, muitas vezes, assumida acriticamente. *“O que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contrarreferência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados”* (Cecílio, 1997, p.470).

Contudo, Mendes (2011) adverte, ainda, que a mudança no perfil epidemiológico não comporta mais essa compreensão. Além disso, a noção de complexidade assumida entre os níveis desloca para o topo a acepção de “maior” complexidade, pois confunde complexidade com a incorporação de tecnologias materiais e atribui a esse nível o *status* de maior importância, impactando no imaginário coletivo e no modelo de formação dos profissionais de saúde, além de ser aderente a interesses mercadológicos, uma vez que requerer altos investimentos e a incorporação permanente de equipamentos, novas técnicas e novos medicamentos.

Na nossa percepção, tais limites conceituais imprimem ao processo formativo dos profissionais uma valorização da técnica em detrimento do cuidado e às práticas gestoras uma valorização da produtividade em detrimento dos resultados. Além disso, parece fortalecer a noção de APS (primeiro nível) simplificada ou APS seletiva, justificando os altos investimentos priorizados nos demais níveis (em direção ascendente), melhores salários para os profissionais “mais” especializados em técnicas cada vez mais específicas (não

necessariamente as que produzem melhores resultados sociais), por tornar a técnica e o equipamento “um fim em si mesmos”, descolados, muitas vezes, das necessidades sociais, produtores de demandas e que, por fim, acabam por modelar um sistema de saúde fragmentado.

Ainda sobre os modelos piramidais, Amaral e Campos (2011) afirmam que tais desenhos nas organizações públicas de saúde, no Brasil, implicam em funções gerenciais mais voltadas para o controle da execução de atividades especializadas do que para a avaliação de resultados, alcance de objetivos e metas. Como consequência, a centralização das decisões, com restrito envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários, acarreta num baixo nível de adesão ou mesmo resiliência às tentativas de padronização e controle dos atos em saúde. Nesse sentido, a possibilidade de coordenação e comunicação entre os níveis fica impossibilitada, acarretando prejuízos, sobretudo, para as pessoas que precisam de cuidados contínuos (doenças crônicas, comorbidades etc.) entre profissionais de diferentes serviços de saúde (Calnan, Hutten e Tiljak, 2006).

Essa discussão sobre a posição da APS e a disposição dos demais pontos nos sistemas de serviços de saúde nos levam a apostar na disposição em rede (Mendes, 2011) do tipo malha (Oliveira et al., 2004) ou círculo (Cecílio, 1997), para efetivação da integração dos serviços (interdependência) e coordenação dos cuidados (comunicação e continuidade). Nessa direção, Longest e Young (2006) ressaltam que as organizações de saúde têm alta interdependência sendo, portanto, a coordenação e a comunicação tarefas críticas para os gestores. Para esses autores, a coordenação é uma maneira de lidar com a interdependência, pois, por meio dela, torna-se possível unir diferentes partes de uma mesma organização ou diferentes organizações que tenham uma meta em comum, por essa razão, tem sido vista como uma das mais importantes funções dos gestores.

Além disso, quando se discute o papel da APS na rede de cuidados, devemos considerar as heterogeneidades entre os municípios brasileiros para compreender os grandes desafios dos formuladores de políticas (*policy maker*) e dos profissionais para viabilizarem e/ou exercerem o papel de coordenador do cuidado na rede. A coordenação do cuidado supõe que as equipes de APS não podem responder por todas as demandas da população, pois tem limites no campo técnico e tecnológico, mas devem organizar as linhas de cuidado na rede e, ao mesmo tempo, assegurar que o vínculo e o cuidado aos usuários sejam permanentes à APS (Franco e Magalhães Jr., 2003). Portanto, “*a função de coordenação da entrada e da circulação no sistema de saúde envolve efetivamente a transformação da pirâmide dos cuidados primários numa rede, onde as relações entre a equipe de atenção primária e as*

outras instituições e os serviços não são baseadas somente na hierarquia topo-base e na referência de baixo para cima, mas na cooperação e na comunicação” (WHO, 2008a, p.59). Assim, a depender dos equipamentos de cada município, a coordenação precisará extrapolar o espaço do município, pois o cuidado dar-se-á para além dos territórios de moradia do usuário.

Nessa órbita, a gestão do cuidado constituída em um determinado município precisará articular-se com a gestão do cuidado desenvolvida em outros municípios, num movimento de gestão do cuidado em redes regionalizadas (o Pacto pela Saúde é um dos caminhos institucionais). A regionalização é o princípio que contempla tal perspectiva e os níveis da gestão do cuidado materializam-se em cenários complexos, na intersecção dos territórios e dos sujeitos. Contudo, Mattos (2009b, p.382) alerta que *“a proposta de rede regionalizada e hierarquizada só é boa na medida em que facilite o atendimento integral das necessidades das pessoas. Exatamente por isso, não faz sentido dificultar o acesso das pessoas na tentativa de construir a rede regionalizada e hierarquizada”*.

Retomando a questão da coordenação das redes regionalizadas por equipes de APS, pontuamos características que a tornam desafiadoras no Brasil. Enquanto em alguns países (Inglaterra, Portugal, Espanha, Itália e Dinamarca), com sistemas nacionais de saúde, a APS tem a função de porta de entrada obrigatória (Giovannella, 2006), no Brasil, ainda, não é possível do ponto de vista real. Primeiro porque não há cobertura suficiente da Estratégia Saúde da Família, segundo porque os serviços especializados e hospitalares, além do subsistema privado, “funcionam” paralelos à coordenação da APS, ou simplesmente, integram-se competitivamente à rede, resilientes aos mecanismos de regulação (Pires et al. 2010; Venancio et al., 2011; Farias et al., 2011; Serra e Rodrigues, 2010). Soma-se, também, que os profissionais da ESF não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas (Sisson et al., 2011), há distribuição inadequada dos profissionais, notadamente de médicos em municípios de pequeno porte no interior do país, o que compromete à expansão das equipes de APS (Medeiros et al., 2010; CFM e CREMESP, 2013). Há insuficiência na oferta de algumas especialidades nas cidades de referência microrregionais e concentração nos grandes centros urbanos, implicando em distribuição insatisfatória de determinadas consultas e procedimentos (CFM e CREMESP, 2013), o que impossibilita o cuidado continuado na rede e contraria as tentativas de coordenação e integração (Pires et al., 2010; Lopes, 2010; Farias et al., 2011).

Entretanto, com a expansão do número de equipes de Saúde da Família e sua capilaridade nos diferentes territórios do país há possibilidades concretas de que a equipe de saúde da família passe a funcionar como primeiro contato (*gatekeeping*) e contato regular ao

longo do tempo (longitudinalidade), ainda que com limitações ou com falhas na “filtragem” dos usuários para outros pontos da rede.

Todavia, além dos limites atribuídos à cobertura da Saúde da Família, há questões tensionadas pela rotatividade de médico e enfermeiros na ESF por conta de vínculos trabalhistas precários que comprometem o estabelecimento de vínculo com os usuários (Medeiros et al., 2010; Souza, 2011), profissionais guiados pela oferta (insuficiente e indiscriminada) de serviços especializados e de apoio diagnóstico (Pires et al., 2010; Serra e Rodrigues, 2010), gestores que perseguem metas e/ou concentração de serviços para seu município em detrimento da equidade e dos pactos intermunicipais (Venancio et al., 2011; Lopes, 2010), rateio de poucas vagas, por especialidades, para as USF (sem levantamento de demandas), contribuindo para a formação de filas virtuais e longos períodos de espera para exames e procedimentos (Sisson et al., 2011; Conill et al., 2011). Nesses casos, as equipes de saúde da família não exercem a função *gatekeeper*, ao contrário, tornam-se produtoras de demandas, ou seja, exercem o papel inverso, congestionando a capacidade de oferta, já deficiente, de consultas para especialidades e procedimentos de apoio e diagnóstico.

Em suma, a gestão do cuidado em redes regionalizadas de saúde volta-se para o enfrentamento desses desafios cotidianos. Nesse sentido, analisar a conformação da gestão do cuidado, nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de saúde, permite compreender e identificar os dispositivos facilitadores e limitantes para integração da rede de serviços de saúde e coordenação dos cuidados por equipes de APS, no contexto da regionalização, a posição da ESF no processo de conformação da rede regionalizada e descrever os fluxos e contrafluxos (formais e reais), conformados nos serviços de saúde.

CAPÍTULO II – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo de estudo

A investigação é um estudo de caso na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, pertencente à Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia. Essa pesquisa analisa a conformação da Gestão do Cuidado, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, nos níveis político-institucional, organizacional e das práticas de atenção à saúde e discute a posição da Estratégia Saúde da Família e o papel da equipe nos processos de coordenação do cuidado na rede.

Hartz (1999, p.344) argumenta que para avaliação de programas de saúde, “*os estudos de caso (case-study research), com múltiplos níveis de análise imbricados são fortemente recomendados dado que o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos*”. Por sua vez, Yin (2005) destaca pontos que caracterizam o estudo de caso: a) investiga fenômenos contemporâneos e questões contextuais; b) utiliza várias fontes de evidência; c) beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta de dados.

O presente estudo empregou métodos de investigação social, combinando distintas técnicas de coleta para captação do fenômeno (*mixed methods*), num processo de triangulação de dados. Nesse sentido, a opção metodológica pressupõe um posicionamento dialético, posto que se apreende “[...] *que dados subjetivos (significados, intencionalidades, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes. Ela [a postura dialética] permite criar um processo de dissolução de dicotomia: entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto*” (Minayo, 2005, p.32).

De acordo com Greene (2007), o objetivo maior para utilização dos métodos mistos (*mixed methods*) na investigação social é melhorar a compreensão dos fenômenos estudados, que são complexos e multifacetados. Podendo ser utilizado, entre outros, com o propósito de triangulação e complementaridade de dados coletados por diferentes lentes ou perspectivas acerca de dado fenômeno social, aumentando a validade interna do estudo e diminuindo as interferências/vieses (*offsetting biases*) em pesquisas que buscam compreender diferentes facetas de um fenômeno complexo.

Para tanto, compomos três níveis de investigação da gestão do cuidado na rede regional: Nível I – Político-institucional, Nível II – Organizacional e Nível III – Práticas. Para compreensão, análise e avaliação da gestão do cuidado nos três níveis de investigação, construímos uma *Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde*, com dimensões e subdimensões que sintetizam a imagem-objetivo da gestão do cuidado numa rede de serviços de saúde regionalizada.

O percurso metodológico mesclou distintas fontes de informação e técnicas de coletas de dados, envolvendo uma diversidade de sujeitos para compreensão do objeto. As dimensões da matriz equivalem às categorias analíticas para gestão do cuidado. Assim sendo, cada dimensão investigada é composta por níveis (Político-institucional; Organizacional; Práticas) que resultam das ações dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) que, no conjunto, engendram a gestão do cuidado numa rede regionalizada.

Para compreensão da gestão do cuidado na rede de serviços de saúde foram eleitos como fontes de informação e técnicas de coleta: a entrevista semiestruturada com informações coletadas de gestores e gerentes (estaduais, regionais e municipais) e informantes-chave, grupo focal com gestores, grupos focais com trabalhadores e usuários de equipes de saúde da família, documentos institucionais, dados secundários dos sistemas de informação em saúde, observações em reuniões no Colegiado de Gestão Microrregional, central de marcação de consultas, centros de especialidades e unidades de saúde da família nos municípios selecionados. Nessa perspectiva, a matriz (dimensões e subdimensões) norteou o conteúdo dos roteiros, que buscou apreender, por meio dos depoimentos e outras fontes de informação, a gestão do cuidado na rede de serviços de saúde na Microrregião de Vitória da Conquista.

2.2 Níveis de investigação na gestão do cuidado em saúde

A definição dos três níveis de investigação partiu das três dimensões constitutivas da gestão do cuidado (sistêmica, organizacional e profissional), sugeridas por Cecílio (2009) e articuladas com alguns correspondentes teóricos acerca da integralidade (Figura 1). Além disso, as contribuições durante a qualificação do projeto de pesquisa, o aprofundamento teórico e as observações durante a exploração do campo consubstanciaram os direcionamentos necessários ao recorte do objeto proposto e nos inspiraram na reformulação dos níveis, sem detrimento do mote inicial.

Com base nisso, compreendemos os níveis de investigação como:

I) Nível político-institucional – responde pelo arcabouço legal, pelas propostas/intencionalidades e ações dos sujeitos (gestores e gerentes) para implementação de redes regionalizadas de atenção à saúde coordenadas por profissionais da APS. Trata-se de uma dimensão sistêmica e estruturante, envolvendo normas e políticas federais, estaduais e regionais.

Entretanto, Merhy et al. (2007, p.114) nos alertam para a parcialidade dessa perspectiva visto que *“mais do que buscar a funcionalidade não cumprida, a gestão institucional seria operar como o jogo de disputas dos distintos agentes, inclusive no modo como conformariam o espaço institucional no jogo público e privado. A gestão institucional seria toda intervenção de governo que possibilitasse ‘publicizar’ os processos de disputas e revelar a ‘contratualidade’ que agentes instituem entre si, definindo uma certa ‘cara’ instituída para os serviços”*.

II) Nível organizacional na rede de serviços de saúde – trata-se de uma dimensão operativa, que se dá nas interfaces entre os diferentes estabelecimentos de saúde nas regiões de saúde, sofrendo intervenções e interações dos diferentes sujeitos (gestores/gerentes, trabalhadores e usuários) que constituem a rede de serviços e imprimem uma lógica para gestão e produção do cuidado. Essa dimensão apresenta-se com certa racionalidade, mas se materializa e se modela em resposta à condução dos processos político-institucionais.

III) Nível das práticas nos serviços de atenção à saúde – compreende as relações dos trabalhadores da saúde entre si e as relações dos profissionais com os usuários dos serviços no cotidiano das práticas nos diversos pontos da rede de cuidado, sob influência dos demais níveis. Trata-se do nível com maior potência para romper com o instituído, sendo o espaço concreto da “produção (em um duplo sentido) tanto de relações quanto de bens/produtos” (Merhy et al., 2007, p.118). Corresponde às práticas nos serviços de saúde na rede de atenção regionalizada, que, para esse estudo, recortamos e “limitamos” à Estratégia de Saúde da Família.

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado em rede regionalizada, nos três níveis, é exercida por pessoas, sendo compreendida como uma forma de organização do trabalho para produção do cuidado em saúde (uma ação política, técnica e ética), ou seja, a operacionalização de um dado modelo de atenção à saúde. É uma ação política, porquanto se refere ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, ou seja, confunde-se com o exercício do poder. É uma ação técnica, dado que toda prática social tem, também, uma dimensão política e social, pois incorpora e opera tecnologias para organizar os serviços de saúde e lidar com situações concretas do processo saúde-doença. É uma ação ética, uma vez

que a prática em saúde se dá no encontro entre sujeitos, requerendo uma tomada de posição em ato, mediada pela intersubjetividade no encontro entre trabalhador de saúde e usuário do serviço. Sendo assim, a gestão do cuidado resulta de responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional, ou seja, catalisa a integração dos serviços e a coordenação dos cuidados.

A gestão do cuidado consubstancia-se na articulação das ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada, preferencialmente pelas EqSF, para garantir o cuidado continuado aos usuários, quando envolve diferentes serviços e profissionais, em local apropriado e mais oportuno. Nessa lógica, os trabalhadores, da APS, funcionam como porta de entrada, pois acolhem a demanda dos usuários e os encaminham, se necessário, para o serviço mais apropriado (*gatekeeper*), requerendo, para tanto, fluxos comunicacionais (cadastro único do usuário, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos compartilhados, guia de referência e contrarreferência e outros) entre os profissionais dos distintos serviços (continuidade), situados dentro e fora do território de residência, conforme a necessidade e a pertinência.

2.3 Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde

A *Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde* é composta por *dimensões* e *subdimensões* que agregam componentes que conformam uma rede de atenção à saúde e sintetizam os mecanismos necessários à integração dos serviços e coordenação do cuidado. Com a matriz, buscamos trazer à tona as evidências que sinalizam quanto a Microrregião de Vitória da Conquista aproxima-se de uma rede de atenção que responde a necessidades regionalizadas e discutir a posição da Estratégia Saúde da Família e o papel da equipe nos processos de coordenação do cuidado na rede.

A matriz é composta por três níveis, citados anteriormente, e oito dimensões: I) Território e população (região de saúde); II) Componentes da governança regional; III) Centralidade da APS; IV) Rede de estabelecimento extensa e diversificada (pontos de atenção secundária e terciária); V) Dispositivos de regulação assistencial regional (mecanismos de integração); VI) Sistema de apoio à atenção; VII) Sistema logístico; VIII) Gestão do trabalho e processos educacionais em saúde para ESF.

As dimensões aproximam-se de uma imagem-objetivo, sendo inspiradas e incorporando, com as devidas adaptações, os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde propostos por Mendes (2010; 2011), também, sugeridos pela OPAS (2010; 2009), documentos do Ministério da Saúde (2006a; 2010; 2011), além das contribuições dos estudos de Viana e Lima (2011; 2010a), Starfield (2002), Giovanella e Mendonça (2012); Cecílio (2009), Merhy (2002) e Campos (2003), dentre outros.

Entendemos que alguns autores citados trabalham com uma perspectiva mais ampla sobre a questão da organização político-territorial do SUS (Viana e Lima), outros estão interessados em compreender o modo de organização das práticas e da produção do cuidado (Cecílio, Merhy e Campos). Alguns conceitos apresentados estão assentados na observação empírica (Starfield e Giovanella), outros têm uma perspectiva mais abstrata, situando-se como diretrizes gerais, político-normativas, para orientação das políticas de saúde, impregnadas de valores e visões sobre o “deve ser” (OPAS, Ministério da Saúde e Mendes). Apesar dos enfoques diferenciados, a *Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde* é uma tentativa intelectual de agregar esses múltiplos olhares e incorporá-los/articulá-los nas *dimensões* e *subdimensões* para tornar a matriz sensível a diferentes perspectivas que se apresentam nos diferentes níveis da gestão do cuidado.

De posse dessa miríade de informações e a partir dos componentes propostos para uma rede regionalizada e coordenada por profissionais de APS, as *dimensões* para gestão do cuidado foram assim delineadas e compreendidas enquanto uma imagem-objetivo:

I – Território e população (região de saúde): Essa dimensão envolve a região de saúde (macrorregião/microrregião de saúde), ou seja, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011a), que no nosso estudo corresponde a Microrregião de Vitória da Conquista, na Macrorregião Sudoeste da Bahia, que compõem os territórios sanitários no PDR estadual (Bahia, 2007a). Essa dimensão abarca, também, o processo de territorialização; cadastramento das famílias; classificação das famílias por riscos sociosanitários; vinculação da população às EqSF; identificação das subpopulações com fatores de risco, com doenças ou condições estabelecidas por graus de riscos e com muito alto risco (Mendes, 2010). Para analisá-la, elegemos duas subdimensões: 1) Desenho da rede regionalizada e identificação da população; 2) Uso de informações sobre condições de saúde da população para o planejamento regional.

II – Componentes da governança regional: essa dimensão envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de instrumentos gerenciais. A governança da rede é o “*arranjo organizativo interinstitucional que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita*” (Mendes, 2010, p.2302). A governança nas regiões de saúde envolve sujeitos com diferentes graus de autonomia e variados espaços como Colegiados de Gestão Microrregional (atualizado pelo decreto 7508, de 28 de junho de 2011, para Comissões Intergestores Regionais – CIR), Conselhos de Saúde, Comissão Intergestora Bipartite (CIB), prestadores de serviços públicos e privados, Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), COSEMS/CONER, Secretarias Municipais Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Para governança regional, em conformidade com o Pacto pela Saúde, devem ser utilizados instrumentos de planejamento e gestão regional como PDR, Plano de Ação Regional (PAR), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Para analisá-la, elegemos quatro subdimensões: mecanismos de governança regional; financiamento regional, relações público-privadas e participação social.

III – Centralidade da APS: Entende-se que a APS na rede regionalizada deveria ser o centro de comunicação da rede de atenção à saúde e nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde (Mendes, 2011). No Brasil, a política para APS foi atualizada pela Portaria 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioridade para a organização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS (Brasil, 2012). Entendemos que a centralidade na APS implica na necessidade de plena cobertura da microrregião com a ESF e adscrição de toda a população, para torná-la a porta de entrada principal e preferencial. Existência de EqSF completas, com Equipes de Saúde Bucal (ESB) em cada equipe, apoiadas por NASF e/ou incorporação de outros profissionais (de acordo com o perfil social e epidemiológico da população), expansão da oferta de serviços e funções da EqSF (adensamento tecnológico que permite ampliação do cuidado alinhado às demandas do território), realização de ações de vigilância à saúde e atividades extra-USF realizadas por diferentes membros da equipe, possibilitando resolver a maioria dos problemas de saúde e/ou encaminhar adequadamente a outro nível da rede regional. A centralidade na ESF exige, ainda, práticas de acolhimento dos usuários na USF, USF com ambiência adequada e que os profissionais de saúde consigam acolher as diferentes demandas, inclusive

a demanda espontânea, estabelecendo prioridades (urgência, vulnerabilidade social, condição de saúde) de forma balanceada. Além disso, essas questões precisam ser pontos de pauta permanentes no CGMR e contar com o apoio técnico e financeiro do Estado. Para analisar essa dimensão, propusemos sete subdimensões: organização da ESF (acesso e porta de entrada preferencial); expansão da oferta de serviços e funções da ESF; função de filtro (*gatekeeper*); coordenação, longitudinalidade e continuidade do cuidado (EqSF como gestor terapêutico); modelo usuário-centrado (acolhimento/humanização); orientação para a comunidade e centralidade na família; resolubilidade (efetividade).

IV – Rede de estabelecimento extensa e diversificada (pontos de atenção secundária e terciária): Para que as equipes de APS possam coordenar o cuidado, necessitam de uma rede de serviços integrados. Nesse sentido, essa dimensão envolve os estabelecimentos que prestam cuidados especializados ambulatoriais e hospitalares, distintos em densidades tecnológicas na rede de atenção à saúde regionalizada. Requer a existência de mecanismos para garantia de oferta pública suficiente e adequada na rede especializada e hospitalar: escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade; substituição dos pontos de atenção à saúde (com baixa escala) para prestar a atenção certa no lugar certo; monitoramento da fila de espera por serviços especializados; critérios para priorização dos serviços especializados; existência de serviços de pronto-atendimento regionalizados; existência de leitos hospitalares e de UTI atendendo a parâmetros do SUS. Esses serviços devem estar integrados, compondo redes temáticas e linhas do cuidado, acessados, preferencialmente, via ESF articuladas com o complexo regulador e/ou apoio matricial. Os gestores devem superar as lacunas assistenciais de maneira solidária, por meio de consenso no CGMR, fortalecendo a rede própria de serviços de saúde (aquisição de equipamentos e insumos, contratação de profissionais etc.) contratualizando serviços de prestadores privados apenas para suprir a insuficiência/incapacidade de oferta própria (pública) na região. Para analisá-la elegemos duas subdimensões: 1) Suficiência da oferta pública de serviços de atenção especializada e hospitalar; 2) Principal proprietário dos serviços de saúde para atenção especializada.

V – Dispositivos de regulação assistencial regional (mecanismos de integração): Para gestão do cuidado regionalizado necessita-se de dispositivos para organização dos serviços na rede que, na prática, são um “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (Brasil, 2006a, p.35). Os dispositivos de regulação assistencial, na perspectiva regional, são prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, que devem utilizar mecanismos

compartilhados que possibilitem a integração dos serviços de saúde em rede intermunicipal numa determinada região de saúde e o acesso regulado aos serviços. Os mecanismos de regulação assistencial envolvem a construção de fluxos assistenciais por meio de redes temáticas e linhas do cuidado/ linhas-guia que, por sua vez, requerem a construção e uso de ferramentas como os protocolos clínicos, prontuário eletrônico, instrumentos de referência/contrarreferência e monitoramento de filas. De acordo com o Pacto de Gestão (Brasil, 2006a), uma das estratégias para regulação assistencial é implantação do “*complexo regulador*”, que consiste na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, numa micro ou macrorregião de saúde, bem como a necessidade de conexão de sistemas informatizados nos diferentes estabelecimentos que compõem os distintos pontos da rede. Nessa perspectiva, propusemos quatro subdimensões: 1) Sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados; 2) Sistema de regulação e controle de leitos e internações; 3) Instrumentos para continuidade do cuidado entre os níveis de atenção; 4) Fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência.

VI – Sistema de apoio à atenção: Essa dimensão, fundamental para produção do cuidado, é transversal aos diferentes níveis da rede regionalizada de saúde, abarcando serviços comuns que cumprem o objetivo de prestar informações em saúde, assistência farmacêutica e de apoio diagnóstico e terapêutico (Mendes, 2011). Para tanto, os sistemas de informação em saúde precisam estar acessíveis em todos os níveis de atenção à saúde como fonte de informação desagregada e atualizada, voltados à operacionalização de estabelecimentos de saúde, à gerência de redes de serviços, às estatísticas vitais e a investigação e ao controle de diversos agravos. Devem ser de conhecimento dos profissionais de saúde, gerentes e gestores (de acordo com a necessidade de cada serviço) e regularmente utilizados para nortear as ações de planejamento, organização, educação, monitoramento, avaliação etc. Por sua vez, a assistência farmacêutica pressupõe um conjunto de medidas para que atenda as necessidades da população, contemplando os mecanismos de aquisição, armazenamento e distribuição racional de insumos conforme necessidades regionais. Contempla, ainda, a farmacovigilância e a atenção farmacêutica articuladas por linhas de cuidado em redes temáticas. Por fim, o Sistema de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na rede compõe uma gama extensa de serviços, podendo ser divididos em três categorias: serviços exclusivamente diagnósticos (como análises clínicas, radiologia convencional, eletrocardiograma); serviços diagnósticos e terapêuticos (como endoscopia, hemodinâmica); e serviços exclusivamente terapêuticos (como serviços de terapia antineoplásica – quimioterapia; de terapia renal

substitutiva – diálise; radioterapia; hemoterapia) (Cruz, 2011). Na perspectiva regional, os SADT devem ser acessados pelos usuários mediante solicitação da EqSF ou complexo regulador, mas sempre articulando-se com os diferentes níveis da rede, por meio de instrumentos de continuidade do cuidado, guiados por linhas do cuidado nas redes temáticas. Para essa dimensão, elegemos quatro subdimensões: 1) Sistemas de informação integrados; 2) Sistema de assistência farmacêutica na rede; 3) Sistema de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na rede; 4) Sistema de tecnologia de comunicação (telessaúde).

VII – Sistema logístico: Na perspectiva de serviços integrados regionalmente, essa dimensão, para gestão do cuidado, abarca soluções tecnológicas de informação e transporte (produtos e pessoas) para apoio compartilhado entre os diferentes pontos da rede de serviços de saúde regionalizada. Envolve a utilização de cartão de identificação das pessoas usuárias (Cartão SUS) para todos os serviços da microrregião e a existência e utilização de cadastros atualizados de estabelecimentos e profissionais da região, que permitam conhecer a capacidade instalada e a oferta potencial dos serviços em cada território da microrregião para o planejamento regional e utilização dos serviços no local mais apropriado e oportuno. Prevê, ainda, a existência de transporte sanitário na microrregião que integre os diferentes pontos da rede regionalizada para diferentes necessidades com rotas definidas e comunicação em tempo real. Para essa dimensão, destacamos duas subdimensões: 1) Sistema de transporte sanitário; 2) Identificação de usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região.

VIII – Gestão do trabalho e processos educacionais em saúde para ESF: Trata-se de uma dimensão transversal às dimensões da gestão do cuidado e envolve a busca pela valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, sendo uma das diretrizes do Pacto de Gestão. Abarca estratégias que visam regular as relações de trabalho, bem como a consolidação da carreira no SUS, por meio dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS/SUS). Para tanto, alia-se aos processos educativos por meio da Política de Educação Permanente em Saúde, considerando que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho (Brasil, 2006a). Para analisar essa dimensão, elegemos três subdimensões: 1) Educação Permanente em Saúde; 2) Vínculo empregatício dos trabalhadores da ESF; e 3) Estratégias para atração e fixação dos profissionais de saúde para as EqSF nas regiões de saúde.

Dito isso, ressaltamos que não há um limite exato entre as dimensões e subdimensões, ao contrário, eles se plasmam e se materializam no cotidiano das práticas em saúde, que por

sua vez, é o lugar “onde se produzem os ‘estranhamentos’, os ‘ruídos’, as ‘falhas’ do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputa” (Merhy et al., 2007, p.117).

A intersecção entre as dimensões e subdimensões pode ser tomada como o espaço mais crítico, por ser a zona da interação, assim, as intencionalidades de alguns gestores em consubstanciar modelos gerenciais conservadores (gestões clássicas) ou modelos mais colegiadas (gestões democráticas) esbarram na autonomia de outros sujeitos (outros gestores, trabalhadores da saúde e usuários) e dos seus processos de trabalho, que nunca são capturados na totalidade, permitindo que as organizações e estabelecimentos de saúde encontrem brecha para produção do novo (produção de sujeitos) ou reprodução do *statu quo* (alienação).

É a partir dessas constatações que se engendra um determinado “modelo de atenção à saúde”, ou seja, é na produção dos sujeitos e a partir das microdecisões cotidianas, nos distintos níveis, que a gestão do cuidado nas redes regionalizadas é gestada. Por esse ângulo, ter a EqSF, na APS, como coordenadora dos cuidados, parte de uma decisão político-institucional, mas só se consubstancia na práxis, que, por sua vez, materializa-se nos territórios, nas organizações e na forma de articulação (integração dos serviços e coordenação do cuidado) entre os seus elementos constituintes. Assim, para Onocko Campos (2003), todos os sujeitos, ao seu modo, são gestores dos processos de cuidado, com níveis diferenciados de implicação, portanto, todos os sujeitos são, também, potenciais coordenadores.

2.3.1 Construção e validação da matriz de análise

Para conformação do instrumento de análise elegemos estas oito dimensões para gestão do cuidado que, por sua vez, foram descritas como uma “imagem-objetivo” do que se espera encontrar numa rede regionalizada de serviços de saúde. Cada dimensão foi detalhada em subdimensões e, para cada uma delas, atribuiu-se critérios, a partir da “imagem-objetivo” da sua respectiva dimensão, que foram sumarizados numa *Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde*. Para tanto, os critérios selecionados em cada subdimensão resultam de sínteses de modelagens de redes discutidas na literatura, em documentos institucionais, experiências empíricas da literatura e, também, descritas por informantes-chave da pesquisa, observações durante exploração do campo e contribuições críticas de um comitê de especialistas.

Para validação do conteúdo da matriz de análise, submetemos, por correio eletrônico, para apreciação/ avaliação a um comitê de especialistas, contando com a colaboração de cinco pesquisadores de instituições diferentes (ENSP-Fiocruz, Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Recôncavo Baiano e Universidade Nova de Lisboa¹⁶). Os pesquisadores fizeram observações e sugestões às dimensões/subdimensões e aos critérios, bem como, ressaltaram a adequação da matriz para avaliação da gestão do cuidado em rede regionalizada. Assim, após validação, todas as contribuições foram criteriosamente analisadas e incorporadas ao conteúdo da matriz que apresentamos no quadro a seguir:

¹⁶ Contato realizado pelo autor, em Lisboa, em junho de 2012, durante o Estágio de Doutorado no Exterior.

Quadro 1: Matriz para Análise da Gestão do Cuidado em Rede Regionalizada de Saúde

Dimensões e subdimensões	Nível político-institucional	Nível organizacional	Nível das práticas
Território e população (região de saúde)			
Desenho da rede regionalizada e identificação da população	Estratégia estadual de regionalização na Bahia e critérios utilizados para definição da Macrorregião Sudoeste e suas microrregiões	Existência e uso de dados da situação demográfica e socioeconômica na Microrregião de Vitória da Conquista para planejamento das ações na rede regionalizada e definição de redes temáticas	Conhecimento das EqSF acerca da rede regionalizada (Microrregião de Vitória da Conquista) e utilização das informações nas ações de saúde
		Atualização contínua de informações sobre adscrição populacional para definir a distribuição dos equipamentos de saúde na região de saúde	Parâmetros utilizados para territorialização e mecanismos de adscrição da clientela das EqSF
Uso de informações sobre condições de saúde da população para o planejamento	Estratégia estadual para captação e uso de dados da situação epidemiológica para o planejamento na Macrorregião Sudoeste e na Microrregião de Vitória da Conquista	Existência e uso de dados da situação epidemiológica para o planejamento na Microrregião Vitória da Conquista	Informações e critérios utilizados pelas EqSF para planejamento das ações e definição de prioridades em seu território
Componentes da governança regional			
Mecanismos de governança regional	Estratégias governamentais para fortalecer a governança regional e aperfeiçoar as redes de atenção à saúde na Macrorregião Sudoeste/ Microrregião Vitória da Conquista	Funcionamento e regularidades das reuniões do CGMR/CIR na Microrregião Vitória da Conquista	-
		Conteúdo do debate no CGMR/CIR para fortalecimento da rede regionalizada e centralidade da ESF na Microrregião Vitória da Conquista	-
		Mecanismo de assessoria da 20ª Dires para fortalecimento da rede regionalizada e centralidade na ESF na Microrregião Vitória da Conquista	-
	Estratégias institucionais para fortalecer a governança regional na Macrorregião Sudoeste/ Microrregião Vitória da Conquista	Municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), na Microrregião Vitória da Conquista, e que assumiram o Comando Único	-
		Existência e funcionamento de Consórcio Intermunicipal de Saúde na Microrregião Vitória da Conquista	-
		Existência de acordo entre entes federados por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública	-

Metodologia

		da Saúde (COAP)	
	Estratégia institucional para elaboração e aplicação de Plano de Ação Regional para na região de saúde	Existência, aplicação e monitoramento de Plano de Ação Regional (PAR) para Microrregião Vitória da Conquista	-
		Forma de aplicação da PPI para oferta de vagas e existência/tipo de ações que contribuem para reduzir as lacunas assistenciais na Microrregião Vitória da Conquista	-
Financiamento regional	Estratégias estaduais para financiamento e incentivo à regionalização	Existência e tipo de investimento regional para Microrregião Vitória da Conquista (origem, tipos e finalidades)	-
		Existência e tipo de alocação solidária de recursos financeiros voltados à compensação de desigualdades na região	-
Relações público-privadas	Modalidade de participação de prestadores privados no processo de regionalização e nos planos regionais	Existência e uso de contratualização e acompanhamento de metas pactuadas com prestadores privados na Microrregião	-
		Influência do setor privado no processo de regionalização e nos planos regionais	-
Participação social	Estratégia estadual para apoiar o processo de mobilização social e institucional nas regiões de saúde	Existência e tipo de ações de informação e divulgação acerca do SUS e o processo de regionalização, junto à população em geral na Microrregião Vitória da Conquista	-
		Existência de processos de educação popular com vistas ao fortalecimento da participação social nas questões ligadas a regionalização	-
		Existência e funcionamento regular de Conselho Local de Saúde (CLS) nas áreas de ESF	Presença de usuários nas reuniões do CLS e mecanismos de incorporação das contribuições dos usuários no planejamento e gerenciamento da USF/UBS
	Estratégias institucionais para captação das necessidades da população no processo de planejamento das ações regionais de saúde	Existência e uso de mecanismo regional de captação das necessidades da população para tomada de decisão/planejamento na Microrregião Vitória da Conquista	
	Estratégia estadual de apoio aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS)	Existência de debate sobre regionalização nos CMS da Microrregião de Vitória da Conquista e tipo de contribuição dos CMS no processo de regionalização	Papel das EqSF no debate com a comunidade sobre a necessidade de fortalecer/valorizar a ESF na rede municipal de saúde
Centralidade da APS			
Organização da APS (acesso e porta de entrada preferencial)	Estratégia estadual de incentivo e fomento para expansão da cobertura e adequação da ESF na Bahia	Existência e aplicação de metas regionais de expansão da cobertura e fortalecimento da ESF na Microrregião Vitória da Conquista	Número de pessoas cadastradas por EqSF
			Existência de equipe mínima completa na USF
			Exigência e cumprimento da carga horária por médicos das EqSF (20h/30h ou 40h) em arranjos

Metodologia

			que atendam a Portaria 2488 (Brasil, 2011)
			Existência de ACS para cobrir todas as microáreas
	Estratégia estadual de incentivo e fomento para adequação da estrutura física e gerencial da USF/UBS nos municípios	Existência adequação das USF/UBS para as ações da EqSF na Microrregião de Vitória da Conquista	-
		Informatização e conexão à rede (internet) em banda larga das USF/UBS	-
		Existência e incentivo financeiro ao gerenciamento compartilhado (entre os membros da EqSF) na USF/UBS	Existência e tipo de atividades gerenciais compartilhadas por diferentes profissionais na EqSF
		Número de municípios que aderiram ao PMAQ na microrregião	Número de EqSF cadastradas no PMAQ em cada município
Expansão da oferta de serviços e funções da APS	Estratégias estaduais para ampliação do escopo de atuação da ESF	Existência e tipo de incentivo para incorporação de profissionais de apoio às EqSF na Microrregião Vitória da Conquista	Existência de apoio matricial às EqSF (retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico)
			Existência, composição e número de equipes NASF nos municípios
		Existência e tipo de incentivo para incorporação de outros profissionais às EqSF	Existência e proporção de Equipe de Saúde Bucal (ESB) por EqSF
			Existência de outros profissionais às EqSF (além da equipe mínima, NASF e ESB) nas USF/UBS
		Incorporação de equipamentos e insumos à USF/UBS para aumento de adensamento tecnológico da ESF	Existência e tipo de equipamentos e insumos que garantem novas práticas assistenciais no âmbito da ESF
			Realização de coleta de exames laboratoriais nas USF/UBS
			Incorporação e uso de práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, farmácia natural etc.) na ESF
		Existência e tipo de incentivos à realização de atividades extra-USF/UBS por diferentes profissionais	Realização de visitas domiciliares por médicos e enfermeiros
			Realização de visita domiciliares por outros profissionais (de nível superior) da equipe e/ou apoiadores da ESF
			Realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos e situações de importância local/regional
			Capacitação de ACS para avaliação de risco e vulnerabilidades nas microáreas
			Formas de parcerias entre EqSF e outras instituições comunitárias
		Existência e tipo de incentivo ao trabalho	Acompanhamento de acamados pela EqSF
Tipo de contato estabelecido entre EqSF e			

		<p>multiprofissional e apoio institucional para fortalecimento das EqSF</p>	<p>gestores/gerentes da SMS nos casos de dúvida sobre tratamento clínico, organização dos serviços etc.</p> <p>Reunião periódica em equipe para planejamento e avaliação das ações</p> <p>Reunião periódica entre as equipes e os gestores da SMS para planejamento e avaliação das ações</p> <p>Formas de acompanhamento do processo de trabalho dos técnicos e ACS pela EqSF de nível superior</p> <p>Formas de debates entre gestores e profissionais sobre mudanças no processo de trabalho, incorporação de protocolos clínicos, definição de metas</p> <p>Existência de autonomia das EqSF para definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência das USF/UBS</p>
Função de filtro (<i>gatekeeper</i>)	Estratégias (estadual, regional e municipal) para garantir que a referência via EqSF seja requisito para acessar os demais níveis/pontos da rede na região de saúde	<p>Existência e funcionamento de mecanismo de regulação formalizado na rede que atrela à EqSF os agendamentos/encaminhamentos para as consultas especializadas</p> <p>Existência de critérios para valorização do papel de filtro da EqSF na rede regionalizada</p>	<p>Critérios para encaminhamentos para acessar as consultas especializadas na Microrregião Vitória da Conquista via EqSF</p> <p>Profissionais dos demais níveis/pontos da rede reconhecem/respeitam o papel de filtro da EqSF</p>
Coordenação, longitudinalidade e continuidade do cuidado (EqSF como gestor terapêutico)	Estratégia institucional para incentivar que o cuidado ao usuário seja acompanhado pela EqSF em todos os níveis de atenção e permaneça sob sua responsabilidade ao longo do tempo	Existência e tipo de mecanismo regional voltada para incentivar a coordenação e longitudinalidade do cuidado por EqSF	<p>Competência clínica exigida e suporte tecnológico disponível para médicos/enfermeiros encaminharem adequadamente para outros pontos da rede a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença</p> <p>Forma acompanhamento do usuário ao longo do tempo por EqSF, em atenção aos problemas de saúde (agudos e crônicos)</p> <p>Formas de acompanhamento, por médicos da USF/UBS, de seu paciente durante a internação</p> <p>Existência e critério para busca ativa de egressos hospitalares nos territórios por EqSF</p> <p>Forma de contato rotineiramente de usuários, pela EqSF, para prevenir complicações de problemas crônicos; receber informações sobre sua doença e apoio domiciliar</p> <p>Forma e critério para garantia da consulta de retorno à USF/UBS após realização de consulta, exame e/ou procedimento em outro ponto da rede</p> <p>Forma de contato do usuário com o profissional da USF em caso de dúvida sobre o tratamento</p>

Metodologia

			População reconhece a EqSF como referência habitual e usa a USF/UBS para o atendimento da maioria das necessidades de saúde
			Tempo disponibilizado por médicos/enfermeiros, durante o atendimento na USF/UBS, para que os usuários explicitem suas dúvidas, queixas e preocupações
Modelo usuário-centrado (Acolhimento/humanização)	Estratégia institucional para conformação de um modelo de atenção centrado no usuário nas regiões de saúde	Existência e uso de mecanismo regional para incentivar práticas profissionais atentas as necessidades dos usuários em diferentes pontos da rede	Presença de informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo que o usuário faça escolhas esclarecidas
			Forma de atendimento e acomodação do usuário na recepção do estabelecimento de saúde da USF/UBS
			Há critério de priorização das necessidades independente da ordem de chegada na USF/UBS
			Formas de agendamento de consultas na USF/UBS
			Critério para atendimento, avaliação e/ou encaminhamento para outros serviços mais apropriados da demanda não programada (urgência, vulnerabilidade social, condição de saúde, pela EqSF
Orientação para a comunidade e centralidade na família	Estratégia estadual para incentivar o atributo 'práticas em saúde orientadas para a comunidade' no cotidiano das EqSF nas regiões de saúde	Existência de ações regionais para captação da demandas da comunidade e participação de representantes da comunidade na formulação de planos estratégico para a região	Formas de captação dos problemas da comunidade pela EqSF para organização e oferta dos serviços
			Conhecimento e uso (por profissional ou EqSF) dos problema do contexto comunitário, para discussão do plano de tratamento e adoção da intervenção mais adequada a cada caso
			Participação de representantes da comunidade em reuniões das EqSF para discutir o planejamento e avaliar as ações
	Estratégia estadual para incentivar o atributo 'centradas na família' no cotidiano das EqSF nas regiões de saúde	Existência de ações regionais que incentivem e viabilizem aos profissionais o uso de informação das famílias nos serviços	Formas de articulação com outras organizações para prover a intersetorialidade no território
			Conhecimento, pela EqSF, da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade (inclusive terapêuticos)
			Forma de organização dos prontuários na USF/UBS para vinculação familiar
			Disponibilidade de informações das famílias para os profissionais no momento da consulta

Metodologia

Resolubilidade/Efetividade	Estratégia estadual para aumento de resolubilidade/efetividade das ações da EqSF na região de saúde	Existência e tipo de incentivos financeiros, qualificação profissional e/ou adensamento tecnológico, na região, para aumento de resolubilidade das ações da EqSF	Tipo de competência clínica exigida e suporte tecnológico disponível para médicos/enfermeiros atenderem a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença
		Existência e funcionamento de estabelecimento de suporte que possibilite o pronto-atendimento do usuário em dias e horários em que a ESF não funcione e faça o devido encaminhamento do usuário à USF/UBS de adscrição na Microrregião Vitória da Conquista	Existência e aplicação de incentivo financeiro ou outras formas de incentivos para os profissionais/EqSF que alcançam metas pactuadas (resultados) para APS Critérios para acesso de usuários a estabelecimentos suporte à APS em turnos distintos e em dias de não funcionamento da USF/UBS
Rede de estabelecimento extensa e diversificada (pontos de atenção secundária e terciária)			
Suficiência da oferta pública de serviços da atenção especializada e hospitalar	Estratégia estadual para oferta, com escala adequada, entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e terciários), buscando superar os vazios assistenciais	Considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade na Microrregião de Vitória da Conquista	Formas e fluxos usados por usuários para conseguirem acessar os diferentes pontos da rede pública, em tempo oportuno, quando necessário na Microrregião de Vitória da Conquista
		Existência de integração horizontal para obter ganhos de escala por meio de fusões ou alianças estratégicas entre serviços na Microrregião de Vitória da Conquista	
		Substituição dos pontos de atenção à saúde (com baixa escala) para prestar a atenção certa no lugar certo na Microrregião de Vitória da Conquista	
		Existência e uso de critérios para priorização dos serviços especializados na Microrregião de Vitória da Conquista	
		Oferta de leitos públicos hospitalares para Microrregião de Vitória da Conquista	
		Oferta de leitos públicos de UTI para Microrregião de Vitória da Conquista	
		Existência de serviços de pronto-atendimento regionalizados na Microrregião de Vitória da Conquista	
		Existência e uso de critérios para incorporação tecnológica nos serviços na Microrregião de Vitória da Conquista	
		Oferta assistencial de serviços alternativos na	

Metodologia

		área ambulatorial (mutirões, unidades móveis) na Microrregião de Vitória da Conquista	
		Existência e funcionamento de SAMU regional na Microrregião de Vitória da Conquista	Critérios para suporte do SAMU às EqSF quando solicitado na Microrregião de Vitória da Conquista
Principal propriedade dos prestadores de serviço de saúde para atenção especializada	Estratégia estadual e regional para fortalecer a rede própria (pública) de serviços especializados na região de saúde	Existência de centro de especialidades público para atender a demanda regional na Microrregião de Vitória da Conquista	Disponibilidade na oferta de vagas no centro de especialidades público que o tornam principal prestador de atenção especializada na Microrregião de Vitória da Conquista
		Proporção de prestadores públicos municipais e estaduais (rede própria) e prestadores privados contratados/conveniados na Microrregião de Vitória da Conquista	
Dispositivos de regulação assistencial regional (mecanismos de integração)			
Sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados	Estratégias estadual para implantação e qualificação de central informatizada de regulação e marcação de consultas e exames especializados na região de saúde	Existência e funcionamento de central informatizada de regulação e marcação de consultas e exames especializados na Microrregião de Vitória da Conquista	Mecanismo usado pela EqSF/município pequeno para marcação de consultas e exames especializados na Microrregião de Vitória da Conquista
Sistema de regulação e controle de leitos e internações	Estratégias estadual para implantação e qualificação de central de regulação e controle de leitos e internações na região de saúde	Existência e funcionamento de central de regulação e controle de leitos e internações na Microrregião de Vitória da Conquista	Mecanismo usado pela EqSF/município pequeno para internamento de usuário que precisa de cuidados hospitalares na Microrregião de Vitória da Conquista
Instrumentos para continuidade do cuidado entre os níveis de atenção	Estratégias institucionais para implantação, qualificação e uso de instrumentos (protocolos clínicos, prontuário eletrônico, referência e contrarreferência etc.) que possibilitem a continuidade informacional na região de saúde	Existência e uso de instrumentos de referência e contrarreferência na Microrregião de Vitória da Conquista	Existência e uso de instrumentos de referência e contrarreferência entre EqSF e serviços especializados na Microrregião de Vitória da Conquista
			Formas de contato formal e informal entre EqSF e profissionais de diferentes pontos da rede para melhorar a assistência ao usuário na Microrregião de Vitória da Conquista
		Existência e uso de prontuário eletrônico na Microrregião de Vitória da Conquista	Disponibilidade de prontuário eletrônico nas USF na Microrregião de Vitória da Conquista
		Existência e uso de protocolos clínicos na Microrregião de Vitória da Conquista	Uso de protocolos clínicos pelas EqSF para facilitar e garantir condutas clínicas “mais seguras” e integradas à região de saúde
Fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência	Estratégia institucional para monitoramento das filas de espera para atenção especializada na região de saúde	Existência de monitoramento das filas de espera para atenção especializada e mecanismo para sua redução na Microrregião de Vitória da Conquista	Monitoramento de lista de espera para consulta e exames especializados pela EqSF na USF/UBS, na Microrregião de Vitória da Conquista
	Estratégia institucional para estabelecimento de fluxos para acesso à atenção (linha do cuidado)	Existência de fluxo formalizado para acesso (linha do cuidado) à atenção especializada,	Critérios utilizados pela EqSF para acesso (linha do cuidado) à atenção especializada, hospitalar e

Metodologia

	especializada, hospitalar e serviços de ponto-atendimento (Rede Temática) na região de saúde	hospitalar e serviços de ponto-atendimento (Rede Temática) na região de saúde	serviços de ponto-atendimento na Microrregião de Vitória da Conquista
Sistema de apoio à atenção			
Sistemas de informação integrados	Estratégia institucional para integração e utilização das informações para a gestão regional	Existência e uso de sistemas de informação integrados e compartilhados entre os variados pontos da rede na região de saúde	Há disponibilidade e uso dos sistemas de informação para gestão das ações no cuidado por EqSF
Sistema de assistência farmacêutica na rede	Estratégia estadual para que a assistência farmacêutica atenda as necessidades da população, contemplando os mecanismos de aquisição, armazenamento e distribuição racional de insumos na Macrorregião Sudoeste	Existência de assistência farmacêutica adequada às necessidades regionais da Microrregião de Vitória da Conquista	Tipo de atenção farmacêutica disponível para os usuários nas EqSF da Microrregião de Vitória da Conquista
			Critérios de acesso e disponibilidade aos medicamentos de uso contínuo na USF/UBS Lista básica disponível de medicamentos relacionados a doenças de maior prevalência/gravidade/custo na Microrregião de Vitória da Conquista
Sistema de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na rede	Estratégia estadual para distribuição e/ou oferta adequada de SADT na Macrorregião Sudoeste	Critérios regionais para disponibilidade de SADT para Microrregião de Vitória da Conquista que atenda aos parâmetros populacionais mínimos	Critérios de acesso pelo usuário aos SADT na Microrregião de Vitória da Conquista
Sistema de tecnologia de comunicação (Telessaúde)	Estratégia estadual para compartilhamento de diagnóstico, interconsulta e/ou educação em serviço via serviço de telecomunicação na Bahia	Existência e uso do telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde na Microrregião de Vitória da Conquista	Uso do telessaúde nas USF visando apoio aos profissionais de saúde
Sistema logístico			
Sistema de transporte sanitário	Estratégia estadual para implantação/ampliação de transporte sanitário na região de saúde	Existência e uso de transporte para realização de cuidados eletivos na Microrregião de Vitória da Conquista	Critério para utilização de transporte para realização de procedimentos eletivos na Microrregião de Vitória da Conquista Quantidade e qualidade do transporte para cuidados eletivos
		Existência e uso de transporte para realização de consulta/exames rotineiros na Microrregião de Vitória da Conquista	Critério para utilização de transporte para realização de consulta/exames rotineiros na Microrregião de Vitória da Conquista Quantidade e qualidade do transporte para cuidados rotineiros
Identificação de usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região	Estratégia estadual para implantação/ampliação de cadastramento de usuários à rede de serviços de saúde	Existência de cartão de identificação (Cartão SUS) e cadastramento das pessoas usuárias na Microrregião de Vitória da Conquista	Utilização do cartão SUS para identificação/agendamento do usuário nos diversos pontos da rede na Microrregião de Vitória da Conquista
	Estratégia estadual para atualização dos cadastros de estabelecimentos e profissionais de saúde rede de serviços de saúde	Existência e utilização de cadastros atualizados de estabelecimentos e profissionais da região, que permitem conhecer a capacidade instalada e a oferta potencial dos serviços na Microrregião de Vitória da Conquista	-
Gestão do trabalho e processos			

educacionais em saúde para ESF			
Educação Permanente em Saúde (EPS)	Estratégia estadual (oferte, financiamento e assessoria) de EPS aos municípios na Microrregião de Vitória da Conquista	Existência e funcionamento de Pólo de Educação Permanente para Microrregião de Vitória da Conquista	-
		Funcionamento de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) para Microrregião de Vitória da Conquista	-
		Existência e implementação de Plano de Ação Regional da EPS para Microrregião de Vitória da Conquista	-
		Existe oferta de Educação à Distância em Saúde (EAD) para os trabalhadores da saúde da ESF na Microrregião de Vitória da Conquista	-
Vínculo empregatício dos trabalhadores da ESF	Estratégia estadual (apoio técnico e financiamento) para adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente	Existência de PCCS para os trabalhadores da ESF na Microrregião de Vitória da Conquista	-
Estratégias para atração e fixação dos profissionais de saúde para as EqSF nas regiões de saúde	Estratégia estadual de apoio para atração e fixação dos profissionais de saúde para as regiões de saúde, notadamente onde a oferta afeta diretamente a implantação da ESF	Existência e aplicação teto salarial para contratação de profissionais para ESF, evitando a competição entre municípios na Microrregião de Vitória da Conquista	-
		Existência de incentivos regionais para atração de trabalhadores para ESF dos pequenos municípios ou áreas de difícil acesso na Microrregião de Vitória da Conquista	-
	Estratégia estadual de financiamento e outros incentivos para atração e fixação dos profissionais médicos na região de saúde	Existência de incentivos específicos para atração e fixação dos profissionais médicos para as EqSF na Microrregião de Vitória da Conquista	-

2.4 Campo de estudo e seleção do caso

A investigação deu-se na Bahia, pois se trata do estado onde moro, trabalho e que vislumbro contribuir com as políticas locais de saúde. Além disso, a existência de um plano estadual de saúde com princípios e diretrizes que explicitam um conjunto de compromissos e linhas de ação para fortalecimento da regionalização, tendo a Estratégia Saúde da Família como ordenadora das redes de saúde na Bahia (Bahia, 2009a), apresentou-se adequado à investigação, pois traz possibilidades de encontrar resultados de êxito e/ou revelar problemáticas a serem enfrentadas.

Escolhemos a Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia consultando o Plano Estadual de Saúde (Bahia, 2009a) e informantes-chave da SESAB que a destacam como uma das regiões que possui concentração de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, o que permite a conformação de uma rede. Outrossim, sua sede, o município de Vitória da Conquista, apresenta experiências exitosas (Solla, 2010) e, por conta disso, uma série de estudos empíricos que analisam diferentes aspectos da rede local de atenção à saúde (Goulart, 2002; Escorel et al. 2007; Vieira-da-Silva et al., 2007; Vilasbôas e Paim, 2008; Cunha e Vieira-da-Silva, 2010; Santos et al., 2010; Barbosa et al., 2010; Alves, 2010; Nunes, 2011; Bispo Jr. e Martins, 2012). Nessa Macrorregião, optamos pela Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, onde se localiza a cidade de Vitória da Conquista que é simultaneamente sede da macrorregião e sede da microrregião que leva seu nome. Além disso, Vitória da Conquista é o município onde resido, sede do *Campus* Anísio Teixeira, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no qual trabalho e este estudo está registrado como atividade de qualificação docente, o que viabilizou a execução da pesquisa, uma vez que foi realizada sem financiamento externo¹⁷.

A investigação da Microrregião de Vitória da Conquista foi realizada a partir de quatro cenários municipais selecionados no processo de exploração do campo. O primeiro município selecionado foi a sede da microrregião por ser a segunda maior cidade do interior da Bahia e concentrar a rede mais completa de serviços de saúde da região, ou seja, possuir uma rede que atende uma população de diferentes municípios, sendo 73 municípios da Macrorregião Sudoeste, outras macrorregiões do estado, até mesmo de alguns municípios do Norte de Minas Gerais (Bahia, 2012a).

¹⁷ A única fonte de financiamento foi por meio da “taxa de bancada” para transcrição dos arquivos de áudio, pagos com recursos de bolsa produtividade da orientadora da pesquisa.

Os demais municípios foram selecionados cruzando um conjunto de informações consideradas relevantes durante a exploração do campo: 1) Indicação de informantes-chave (municípios que apresentam a melhor organização da rede de serviços de saúde na microrregião); 2) Observação nas reuniões do CGMR (sete encontros); 3) Participação ativa do gestor no CGMR; 4) Cobertura da Estratégia Saúde da Família (>70%); 5) Municípios de porte populacional distintos, inseridos nos três estratos pré-definidos: I – até 10.000 hab.; II – entre 10.001 a 25.000 hab.; III – de 25.001 a 50.000hab.; 6) Autorização do gestor municipal. Nesse sentido, os municípios selecionados foram:

Cenário 1 – município a 100 Km de Vitória da Conquista. Possui uma população menor que 10.000 hab., sendo a menor população entre os municípios da microrregião, localizando-se no estrato I. Foi indicado por informantes-chave como exemplo de boa gestão municipal, sendo um município que assumiu a Gestão Municipal dos Serviços de Saúde (Comando Único), além disso, tem uma cobertura formal de 100% de ESF. O gestor está na função de secretário de saúde desde 2007, e participa ativamente nas reuniões do CGMR;

Cenário 2 – município a 140 Km de Vitória da Conquista. Possui uma população de 17.000 hab., localizando-se no estrato II. Apesar de não ter sido um dos indicados por informantes-chave, tem um gestor que está na função de secretário de saúde desde 2008, além de ter uma intensa participação nas reuniões do CGMR, com grande poder de mobilização e influência. Além disso, o município tem uma cobertura formal de 100% de ESF.

Cenário 3 – município a 70 Km de Vitória da Conquista. Possui uma população de 45.000 hab., sendo o segundo maior município da microrregião, localizando-se no estrato III. Foi indicado por informantes-chave como exemplo de boa gestão municipal, possui um gestor que está na função de coordenador geral da saúde desde 2009, além de ter uma grande participação nas reuniões do CGMR. Tem uma cobertura de 77% de Saúde da Família, com unidades informatizadas, uma rede diversificada (a maior após Vitória da Conquista), mas não assumiu o Comando Único.

Ressaltamos que, no projeto de qualificação, apresentamos proposta mais ampliada, que conjugava estudo comparado de três diferentes microrregiões (Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus e Feira de Santana). Nesse sentido, após qualificação e sugestões da banca, reduzimos o campo de pesquisa para a tese, o que permitiu sua exequibilidade em tempo adequado. Paralelamente, submetemos o projeto original (nas três microrregiões) com algumas adaptações (incluímos inquérito com profissionais e usuários) ao edital do CNPq. O projeto, sob coordenação de professor da UFRB e colaboração de pesquisadores da Fiocruz,

UFBA e UEFS foi selecionado e é financiado pelo Edital Universal do CNPq 14/2011(faixa C)¹⁸.

2.5 Sujeitos do estudo

Para compreensão da gestão do cuidado na rede de serviços de saúde é necessário interrogarmos os sujeitos que produzem ou reproduzem modos de fazer saúde e que definem o modelo de atenção à saúde nos distintos territórios.

Os distintos sujeitos gestores/gerentes, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços são portadores de saberes e necessidades que os colocam em permanente disputa e acordos que, por sua vez, modelam a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, os diferentes sujeitos apresentam graus variados de governabilidade e portam distintos recursos (financeiro, técnico e/ou simbólico) sobre os processos, assim, todos, de algum modo, são “gestores” do cuidado.

Para essa pesquisa, fizemos distinções a partir do lugar ocupado pelo sujeito na rede e analisamos a gestão do cuidado mediante perspectiva de gestores/gerentes, trabalhadores de saúde e usuários, organizados conforme os três grupos de representação a seguir:

Grupo 1 (G) – Gestores/gerentes: para essa pesquisa, consideramos como gestores/gerentes os sujeitos que estão em situação de governo formal, ou seja, que ocupam lugares no aparato jurídico-institucional do Estado, nas instâncias estadual, regional e municipal. Trata-se de um grupo que opera recursos estratégicos para gestão do cuidado, sendo potenciais formuladores de políticas, que imprimem, no cotidiano, certa direcionalidade e institucionalidade.

- **Gestor/gerente estadual (GE):** representante da gestão do estado, exercendo sua prática na Secretaria Estadual de Saúde (SESAB).
- **Gestor/gerente regional (GR):** representante estadual em situação de representação em órgão colegiado (CGMR-VC) ou instância regional (20ª DIRES).

¹⁸ A etapa correspondente à tese não foi coberta com o financiamento, pois o campo ocorreu anterior à liberação do recurso.

- **Gestor/gerente municipal (GM):** representante da gestão municipal, exercendo sua prática na Secretaria Municipal de Saúde (secretários de saúde, coordenadores, diretores e gerentes/técnicos das SMS).

Grupo 2 (T) – Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família: grupo que exerce a prática de atenção à saúde no cotidiano das EqSF. Tais sujeitos operam a gestão do cuidado na micropolítica do trabalho em saúde, por meio de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, utilizando-se de tecnologias para produzirem o cuidado em saúde que impactam no modelo de atenção à saúde. Porém, optamos por limitar o estudo aos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), que lidam com agravos que necessitam da mobilização de toda a rede de atenção (fluxos e contrafluxos).

Grupo 3 (U) – Usuários dos serviços de saúde: por serem o centro do processo de ação da saúde e dos quais emanam as demandas (reais e simbólicas). Trazem a perspectiva dos que fazem uso dos serviços na rede em diferentes itinerários e contribuem para a compreensão dos fluxos e contrafluxos na rede regionalizada.

Salientamos que nenhum dos grupos constitui-se enquanto bloco homogêneo, pois internamente, os diferentes sujeitos do mesmo grupo gerem recursos diferenciados, possuem interesses variados, compõem alianças, lutas e acordos entre si e com os outros, ou seja, a gestão do cuidado em redes regionalizadas resulta de *“questões políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir os atos de cuidar, expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena produzirem acordos e controles, nas situações em foco”* (Merhy, 2003, p.18).

Por fim, destacamos a importância, nos estudos de casos, da realização de entrevistas com informantes-chave, sujeitos que acumulam informações estratégicas acerca da gestão no estado da Bahia, incorporados no caminhar da pesquisa, recrutados à medida que algum elemento da pesquisa necessitava de maior esclarecimento, acesso a algum documento ou de um olhar estratégico.

2.6 Fontes de informação, técnicas e coleta de dados

2.6.1 Entrevistas semiestruturadas

Para coletar os dados, optamos pela entrevista semiestruturada entre as diferentes técnicas de entrevista, porque *“ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”* (Triviños, 1987, p.146).

Assim, elaboramos roteiros que nortearam as entrevistas (Apêndice A) e que se apoiaram nas *dimensões e subdimensões da matriz de análise*. Os roteiros das entrevistas tiveram o propósito de orientar e guiar os relatos dos entrevistados e, desta forma, permitir que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado, à luz das representações dos diferentes sujeitos que compõem o cenário da pesquisa. Segundo Souza et al. (2005, p.133), *“o roteiro, ao buscar a intensividade e as diferenciações de significados de fatos, relações e representações, depende fundamentalmente de processos interativos. [...]. Exige preparação cuidadosa e pode passar por modificações durante o trabalho de campo”*.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos depoentes, e realizadas em locais agendados previamente. Os entrevistados, a partir do roteiro semiestruturado, tiveram total liberdade para discorrer sobre a temática proposta. Durante as entrevistas, não foram realizadas interferências valorativas sobre o conteúdo manifesto, no entanto, sempre que alguma estrutura relevante emergia na fala, prontamente interpelávamos para um maior esclarecimento ou incorporação de novos questionamentos, mas dentro das balizas do objeto investigado. O quadro a seguir traz as representações dos sujeitos entrevistados, composto por secretários de saúde, coordenadores de atenção básica e de centrais de regulação e marcação de consultas, além de gestores/gerentes que ocupam posição estratégica nas secretarias de saúde (municipal e estadual) e na diretoria regional e, portanto, são fundamentais para compreensão do processo de gestão do cuidado. Por questões éticas, preservamos suas identidades e citamos genericamente sua posição na rede.

Quadro 2: Sujeitos entrevistados

Representação dos sujeitos	Quantidade	Grupo 1	Tempo
Gestores/gerentes municipais	11	GM	14h3min
Gestores/gerentes regionais	3	GR	4h4min
Gestores/gerentes estaduais	3	GE	3h37min
Total	17	G	21h44min

2.6.2 Grupo Focal

O grupo focal, de acordo com Macedo (2004, p. 178), é “[...] um recurso de coleta de informações organizado a partir de uma discussão coletiva, realizado sobre um tema preciso e mediado por um animador-entrevistador ou mesmo mais de um”.

A opção por realizar grupo focal recaiu por conta de suas aplicações: a) técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social; b) análises por triangulação, validação de dados, ou empregados depois de processos de intervenção, para o estudo de impacto destes; c) discussões em grupo correspondem à maneira pela qual as opiniões são produzidas, manifestadas e trocadas na vida cotidiana; d) correções por parte do grupo são disponibilizadas como um meio de validar enunciados e pontos de vista; e) transforma-se numa ferramenta para reconstrução de opiniões individuais de forma mais apropriada; f) pode gerar economia de tempo, quando comparada a várias entrevistas em ocasiões distintas; g) baixo custo e riqueza de dados pela interação entre os participantes (Flick, 2009; Barbour, 2009; Trad, 2009; Minayo, 2004).

Foram constituídos nove grupos focais contemplando as três categorias de representação (trabalhadores da saúde, usuários dos serviços e gestores/gerentes). Assim, realizamos quatro grupos focais com trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (GF-T) e quatro grupos focais com usuários dos serviços de saúde (GF-U), um em cada município selecionado na Microrregião, além de, apenas, um grupo focal com gerentes (GF-G), composto por Apoiadores Institucionais¹⁹ da DAB-SESAB. Optamos por grupos formados por no mínimo três e máximo cinco pessoas em cada um, sendo que os grupos de usuários nos Cenários 1 e 2 extrapolaram essa orientação, mas sem prejuízo para a coleta de dados.

¹⁹ Equipes de sanitaristas organizadas em equipes de trabalho, nas macrorregiões de saúde da Bahia, com o propósito de estabelecer parcerias técnicas e pedagógicas com os municípios e as DARES. As equipes são compostas por profissionais componentes da Diretoria de Atenção Básica (DAB), da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB).

Para seleção dos sujeitos participantes dos grupos focais, estabelecemos os seguintes critérios:

I) Trabalhadores das EqSF – Definimos como trabalhadores para o estudo, aqueles que atuassem em Unidades de Saúde da Família. Como o grupo de trabalhadores é um universo mais extenso que o grupo de gestores e gerentes, optamos pela técnica do Grupo Focal para contemplarmos um maior número de sujeitos, sem realizar diferentes entrevistas individuais (o que tornaria o campo exaustivo e de difícil realização). Os grupos focais foram realizados em cada cidade, com a participação de médicos e enfermeiros (apenas no Cenário 2 houve participação de um dentista). Para formação dos grupos focais com trabalhadores, solicitamos ao secretário municipal de saúde e/ou ao coordenador de Atenção Básica que indicassem trabalhadores com as seguintes características: 1) considerados pela gestão local como profissionais que desenvolvem um bom trabalho na Estratégia Saúde da Família; 2) trabalhadores de diferentes Unidades de Saúde da Família; 3) trabalhadores de diferentes formações (médico e enfermeiro); 4) grupo composto por no mínimo três e no máximo cinco trabalhadores, sendo obrigatória a presença de pelo menos um médico (no Cenário 1 o grupo foi de apenas dois trabalhadores, o terceiro ausentou-se); 5) preferência por trabalhadores com, no mínimo, um ano de experiência na Estratégia Saúde da Família (critério não excludente).

II) Usuários – O universo de usuários é o mais extenso e de difícil seleção para pesquisa qualitativa. Para conformação do grupo focal com usuários, utilizamos a seguinte estratégia: 1) usuários que frequentam rotineiramente a USF; 2) usuários que necessitaram de consultas e/ou procedimentos especializados em Vitória da Conquista (cidade de referência); 3) usuários com perfil participativo; 4) grupo composto por no mínimo três e no máximo cinco usuários. Escolhemos formar um grupo focal de usuários por município, sendo que, para cada município o grupo de usuário foi selecionado em apenas uma USF. Para facilitar o contato, a USF foi selecionada entre os participantes do grupo focal de profissionais (por sorteio). Eleita a USF, solicitamos ao profissional que, por meio dos agentes comunitários de saúde, indicassem usuários que atendessem aos critérios propostos. No caso de USF com mais de uma equipe, os usuários poderiam ser de equipes distintas. A justificativa para não montarmos grupos focais com usuários de USF diferentes é a dificuldade de deslocamento dos usuários para espaços distantes de suas residências. Para o grupo focal da cidade sede da

microrregião, acrescentamos mais um critério – que pelo menos um dos usuários do grupo focal frequentasse o conselho local de saúde (as demais cidades não tinham CLS ativos).

III) Apoiadores institucionais – Para o grupo de gestores/gerentes, durante a exploração do campo, tomamos conhecimento da existência de “apoiadores institucionais”, sujeitos da gestão estadual responsáveis pelo apoio aos municípios das diferentes macrorregiões de saúde da Bahia. Para contemplarmos esse grupo no estudo, realizamos um grupo focal com os apoiadores institucionais da Macrorregião Sudoeste.

Para facilitar a moderação e permitir maior aprofundamento nas questões, optamos por constituir grupos “menores” (3 a 5 participantes). Além disso, a dificuldade para reunir distintos trabalhadores, em seu horário de trabalho e a dificuldade em reunir usuários, pois comumente não se sentem à vontade ou têm disponibilidade para participar de grupos, foi contornada com grupos focais menores. Nessa perspectiva, Barbour (2009) argumenta que para permitir uma exploração a fundo dos significados dos participantes, além da própria transcrição e análise “*um máximo de oito participantes geralmente já é desafiador o bastante*” e, em termo de número mínimo sintetiza “*é perfeitamente possível fazer um grupo focal com três ou quatro participantes*” (p.89).

Elaboramos roteiros (Apêndices B e C) com questões orientadoras a partir das quais os grupos discutiram os fluxos e contrafluxos dos usuários na rede de serviços de saúde de seu respectivo município, sinalizando os percursos e interdições pertinentes ao itinerário assistencial.

Realizamos um encontro com cada grupo, em cada cidade, em local e data previamente agendados, com duração máxima de 2h, sendo que o pesquisador foi o moderador e relator. Os depoimentos nos grupos focais foram gravados, com permissão prévia de cada componente do grupo, além de serem feitos registros escritos.

O material coletado com a técnica do grupo focal foi triangulado com dados provenientes de outras técnicas, buscando compreender os fluxos e contrafluxos e identificar o papel da equipe da Estratégia Saúde da Família na coordenação dos cuidados na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista.

O critério de exclusão para todos os grupos foi a recusa em participar ou o não comparecimento no momento da execução do grupo focal. Os nove grupos focais realizados contemplaram um total de quarenta participantes, conforme Quadro 3.

Quadro 3 Participantes nos grupos focais

Representação	Nº de grupos	Sujeitos	Participantes por grupo	Tempo grupo
Gestores da SESAB/DAB	1		4	
Apoiadores institucionais	1	Enfermeiro, psicólogo, dentista e assistente social	4	1h33min
Trabalhadores Saúde da Família	4		15	
Cenário 1	1	1 Médico e 1 enfermeiros ²⁰	2	1h2min
Cenário 2	1	1 Médico, 2 enfermeiros e 1 dentista	4	2h11min
Cenário 3	1	2 Médicos e 3 enfermeiros	5	1h25min
Cenário 4	1	2 Médicos e 2 enfermeiros	4	2h7min
Usuários dos serviços de saúde	4		21	
Cenário 1	1	Usuários (zona rural)	6	55min
Cenário 2	1	Usuários (zona urbana)	7	44min
Cenário 3	1	Usuários (zona urbana)	4	1h19min
Cenário 4	1	Usuários (zona urbana)	4	1h29min
Total	9		40	12h45min

2.6.3 Observação em campo

Realizamos observações “*não-participantes*”, sem intervenção (Flick, 2009), durante a exploração do campo e coleta para complementar os dados, buscando vivenciar os fenômenos relatados nas entrevistas, grupos focais e documentos, além de estabelecer uma aproximação com o cotidiano do trabalho dos diferentes sujeitos e conhecer *in loco* alguns estabelecimentos de saúde.

Foram realizadas observações de maneira não-sistemática (sem roteiro) de reuniões do CGMR da Microrregião de Vitória da Conquista entre os meses de setembro de 2011 a março de 2012. Acompanhamos as reuniões do CGMR e registramos as principais informações em diário de campo, num total de sete sessões ordinárias e/ou extraordinárias.

Além desse espaço, as observações foram realizadas em unidade de saúde da família, centrais de marcação de consultas e secretarias de saúde das quatro cidades selecionadas, no serviço municipal de especialidades no Cenário 2, Cenário 3 e Cenário 4, perfazendo dezoito registros em diário de campo. As USF observadas foram as unidades dos usuários

²⁰ No Cenário 1, o grupo focal foi composto por dois profissionais. Assumimos esse limite, uma vez que a cidade possui apenas quatro USF e os dois profissionais participantes representam 50% delas. Além disso, a dificuldade em marcar outro grupo deu-se pela distância da cidade (>100km de Vitória da Conquista) inviabilizando nosso retorno e pela disponibilidade dos profissionais para não se ausentarem novamente do trabalho.

participantes do grupo focal. Contudo, no Cenário 2, Cenário 3 e no Cenário 4, observamos uma segunda USF para ampliar o escopo das informações, essas, por sua vez, foram eleitas entre aquelas cujo profissional tenha participado do grupo focal. Para as observações nas USF, utilizamos um roteiro para conduzir o olhar do pesquisador. As CMC e os centros de especialidades foram observações guiadas, ou seja, os coordenadores/gerentes desses serviços apresentaram os espaços e as atividades desenvolvidas nos mesmos.

2.6.4 Registro documental

A escolha dos documentos foi por conveniência, contando, também, com indicações dos entrevistados e informantes-chave, e abrangeu publicações abertas, pois estão disponíveis a qualquer cidadão interessando, e textos de acesso restrito, disponíveis mediante solicitação prévia. Os documentos selecionados são institucionais e foram produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde, 20ª Diretoria Regional de Saúde, Colegiado Microrregional de Saúde de Vitória da Conquista e Secretarias Municipais de Saúde das quatro cidades selecionadas (Quadro 4).

A utilização dos documentos na pesquisa teve caráter complementar, representando um acréscimo às entrevistas e às observações. Para tanto, Flick (2009) orienta sobre os desafios no uso de documentos nas pesquisas qualitativas, argumentando que *“não se deva partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas”* (p.234), não devendo dessa forma, serem utilizados para validação das entrevistas, mas empregados como novos argumentos que podem ser coincidentes, complementares e/ou divergentes, possibilitando um adensamento às análises. Adiante o autor alerta-nos que *“nas instituições, os documentos são destinados ao registro das rotinas institucionais e, ao mesmo tempo, ao registro da informação necessária para a legitimação da maneira como as coisas são feitas nessas rotinas. Isso se torna particularmente relevante quando problemas, fracassos ou erros precisam ser justificados”* (Flick, 2009, p.235).

Nessa óptica, selecionamos documentos que abordam o processo de gestão e planejamento dos serviços de saúde, particularmente para identificar as políticas de Atenção Primária à Saúde, bem como, para compreender como integração dos serviços e coordenação dos cuidados são propostas nas políticas estaduais, regionais e municipais, num contexto de regionalização e constituição de redes de atenção à saúde.

Quadro 4: Documentos selecionados para a pesquisa

Documento	Instância	Período
Plano Estadual de Saúde (PES)	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2008-2011
Plano Estadual de Saúde (PES)	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2012-2015
Programação Anual de Saúde (PAS)	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2011 e 2012
Agenda Estratégica da Saúde	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2009-2010
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2010 e 2011
Relatório da 8ª CES	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2011
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2007
Política Estadual de Atenção Básica	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia	2013
Atas de reuniões do CGMR	Colegiado de Gestão Microrregional de Vitória da Conquista	2012
Relatório Anual da Atenção Básica	20ª Diretoria Regional de Saúde	2011
Plano Municipal de Saúde	Secretarias Municipais de Saúde	2010-2013
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Secretarias Municipais de Saúde	2010

2.7 Considerações Éticas

A presente investigação atende aos princípios e diretrizes da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os critérios e cuidados para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos e preserva os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos envolvidos (Brasil, 1996).

Cada participante de entrevista e grupo focal foi informado sobre o desenvolvimento do estudo e recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices D, E e F), no qual consta, em linguagem acessível, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados; a garantia de esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, sobre a metodologia; a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações; dentre outros pontos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O TCLE foi entregue em duas vias, ficando uma via de posse do participante e a outra do pesquisador, ambos contendo a assinatura do participante, do pesquisador-doutorando e sua orientadora.

Considerando a Resolução 196, o material coletado foi organizado pelo pesquisador e, após análise, arquivado na UFBA, por cinco anos. Para garantir a privacidade dos sujeitos, os fragmentos de fala, selecionados para composição da tese, foram codificados como “G” (gestores/gerentes), “GF-G” (grupo focal com técnicos da DAB-SESAB), “GF-T” (grupo focal com trabalhadores da saúde) e “GF-U” (grupo focal com usuários).

Para realização da pesquisa, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-Fiocruz (CAAE: 0224.0.031.000-11, Parecer nº 207/11), em 04 de outubro de 2011. Assim, a coleta de dados foi iniciada em outubro de 2011 e concluída em março de 2012.

2.8 Etapa exploratória e entrada no campo

Esta fase foi constituída por um mergulho inicial no campo de estudo, para o estabelecimento de contatos preliminares com os sujeitos da pesquisa, com o propósito de desenvolver vínculos que facilitassem o desenvolvimento do trabalho. Nesse sentido, fizemos alguns contatos prévios para viabilizar a construção do projeto e sinalizamos a necessidade de outros encontros para coleta de dados e fontes de informação. Thiollent (2000, p.48) argumenta que devemos “[...] *detectar apoios e resistências, convergências e divergências, posições otimistas e céticas, etc. [...], [pois] permite aos pesquisadores tomarem decisões e aceitarem o desafio sem falsas expectativas*”.

Em seguida, após aprovação no CEP da ENSP-Fiocruz, encaminhamos uma carta de apresentação do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES/DAPS/ENSP), às Secretarias Municipais de Saúde das cidades selecionadas, à 20ª DIRES, ao CGMR-VC e à DAB-SESAB, solicitando permissão para a realização da pesquisa, com esclarecimentos sobre o estudo (finalidades/ objetivos, campo de investigação/ técnicas de coleta de dados/ sujeitos do estudo/ riscos e benefícios do estudo), bem como outras informações que se fizessem necessárias e convenientes a investigação. Esta carta foi remetida ao responsável legal por cada instância, para que pudesse apreciar e, assim, autorizar o início da pesquisa. Após o parecer favorável, agendamos encontros com os distintos sujeitos da pesquisa para início da coleta de dados, utilizando as diferentes técnicas e instrumentos previamente confeccionados.

A coleta de dados durou seis meses de outubro de 2011 a março de 2012. Para tanto, realizamos mínimo de três visitas, em cada município, para entrevistas, grupos focais e observações: Cenário 1 (três visitas), Cenário 2 (quatro visitas), Cenário 3 (três visitas), Salvador (três visitas a SESAB), além de inúmeros encontros, observações e entrevistas em no Cenário 4 (por ser sede da microrregião e coincidir com a residência do pesquisador).

2.9 Análise dos dados

Para análise dos dados, assumimos as *dimensões* e *subdimensões* como parâmetros para primeira classificação e cotejamento do material empírico. O ordenamento e confronto entre as *dimensões* e os dados empíricos resultaram na fusão de algumas *subdimensões*.

Para análise, ao retomarmos a *matriz*, fizemos algumas escolhas para fusão de *dimensões* e *subdimensões* mediante o conjunto de dados obtidos em campo, posto que nem todas as informações constantes nos três *níveis* e em cada *dimensão* e *subdimensão* foram possíveis de apreensão na coleta de dados. A *matriz* apresenta certo “*tipo ideal*” de gestão do cuidado em redes regionalizadas que, em campo, nem sempre correspondiam à realidade, ou estavam disponíveis à coleta por meio das técnicas eleitas para o trabalho de campo (matriz teórica x realidade empírica).

Definimos *a priori* a construção de três capítulos de análise de resultados tendo como substrato o cotejamento de dados empíricos segundo as *dimensões* eleitas, conforme Quadro 5.

Quadro 5: Categorias analíticas/dimensões que compuseram os capítulos de análise de resultados

Categorias analíticas	1º Capítulo de resultados	2º Capítulo de resultados	3º Capítulo de resultados
Dimensão I*	-	-	-
Dimensão II	X	-	-
Dimensão III	-	X	-
Dimensão IV	-	-	X
Dimensão V	-	-	X
Dimensão VI	-	-	X
Dimensão VII	-	-	X
Dimensão VIII*	-	-	-

Nota: *Dimensões transversais

As *dimensões I e VIII* não foram analisadas em capítulos específicos, posto que suas *subdimensões* corresponderam a informações transversais que plasmaram as análises dos distintos capítulos. Do mesmo modo, algumas *subdimensões* das demais *dimensões* foram analisadas no todo ou em parte, a depender do conjunto de dados disponíveis e sua pertinência no momento do cotejamento e construção da narrativa.

Para análise dos dados, como etapa comum, realizamos a **ordenação dos dados** que consistiu no primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento envolveu a

transcrição dos 26 arquivos de áudio, que corresponderam a 17 entrevistas e nove grupos focais. Em seguida, procedemos com a leitura geral do material transcrito e primeira organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas, grupos focais e observações.

No segundo momento, fizemos a **classificação do material** coletado, etapa em que as transcrições foram lidas exaustivamente, os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido) foram selecionados, agrupados e classificados a partir das *dimensões e subdimensões* da *Matriz de análise da gestão do cuidado*, que balizaram a investigação. Além disso, houve a constituição de vários *corpus* de comunicação, visto que o conjunto das informações não era homogêneo, ou seja, emergia de diferentes grupos de representação de sujeitos, identificando as convergências, as divergências, o complementar e o diferente.

Realizamos o confronto dos argumentos das entrevistas e grupos focais e, em seguida, partimos para o cotejo entre os diferentes grupos de sujeitos da pesquisa (gestores, trabalhadores e usuários), retratados na triangulação dos dados empíricos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos que fazem e estabelecem relações para gestão do cuidado na rede regionalizada.

Para **análise final dos dados**, fizemos o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, complementado-as com os documentos, por meio da técnica da triangulação do material empírico.

Nesta etapa, há fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos da pesquisa, que se expressa no cotidiano da práxis por meio do que fala, faz e escreve; com o mundo do investigador, que também imprime em sua interpretação elementos de sua história, sua cultura e sua condição social, uma vez que não há neutralidade total (Minayo, 2004).

Por fim, ressaltamos que, a disposição dos discursos, nos três capítulos, ora antecipam as análises, ou o oposto, a narrativa antecede o material empírico, posto que os argumentos nos fragmentos, eleitos para composição dos textos, apresentam uma diversidade de informações imbricadas que só fazem sentido em conjunto, mas que didaticamente são analisadas ao longo da narrativa, algumas vezes, invadindo mais de uma seção. Além disso, cada discurso recebeu um subtítulo em destaque, que procura sintetizar o aspecto da fala analisado.

A seguir, pormenorizamos os procedimentos de análise em cada um dos capítulos de resultados.

2.9.1 Análise da dimensão II - Componentes da governança regional

A narrativa do primeiro capítulo de resultados emergiu das análises e cruzamentos de dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores e gerentes (G1) que atuam nos planos estadual (GE), regional (GR) e municipal (GM), além de um grupo focal realizado, também, com gerentes da DAB-SESAB (GF-GE), registros de observações e documentos institucionais. No conjunto dos dados, procuramos identificar as subdimensões que originaram as quatro seções apresentadas no texto e que tecem de maneira complementar o debate acerca da *Governança na microrregião de saúde de Vitória da Conquista: estratégias e disputas na gestão do cuidado*.

Os dados contidos nas entrevistas e no grupo focal foram classificados mediante núcleos de sentido que emergiram da leitura repetitiva das entrevistas. Por sua vez, os núcleos de sentido foram reagrupados por proximidade de conteúdo nas quatro subdimensões que compõem a *dimensão II* da matriz.

Para cada depoimento, recortamos as falas correspondentes aos núcleos de sentido relacionados às subdimensões da matriz. Ao final, montamos um único quadro (Quadro 6), para o grupo de entrevistados (Ent.1 a Ent.17) e o grupo focal (GF-GE), no qual confrontamos os núcleos de sentido entre si e montamos sínteses horizontais que correspondem às seções do capítulo: **Seção 1** – discute a dinâmica dos sujeitos no Colegiado de Gestão Microrregional de Vitória da Conquista; **Seção 2** – analisa os micropoderes nas instâncias colegiadas e o papel de “apoiador institucional” da DARES; **Seção 3** – focaliza na relação público-privada na Microrregião; **Seção 4** – debate o papel da participação social na região de saúde.

Quadro 6 – Confronto dos depoimentos dos gestores entrevistados e grupo focal com gerentes da DAB-SESAB

Núcleos de sentido/ Subdimensões	Entrevista 1	(...)	Entrevista 17	Grupo Focal (GF-GE)	Síntese horizontal
Mecanismo de governança regional					Seções 1 e 2
Financiamento regional					Seção 3
Relações público-privadas					Seção 3
Participação social					Seção 4
Síntese vertical					Capítulo I

Ao final, os resultados correspondentes à dimensão II e os critérios das subdimensões analisadas foram resumidos numa *matriz síntese dos resultados*.

2.9.2 Análise da dimensão III – Centralidade da APS

O enredo do segundo capítulo de resultados emerge das análises e triangulação de dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores que atuam nos planos estadual (GE), regional (GR) ou municipal (GM), um grupo focal com gestores (GF-GE), quatro grupos focais com trabalhadores da saúde da ESF (GF-T) e quatro com usuários dos serviços (GF-U), além de observações e documentos institucionais.

Para análise dos dados, constituímos distintos quadros para cada grupo de sujeitos, organizados pelas subdimensões, nos quais confrontamos os depoimentos de cada sujeito entre si (gestor-gestor; trabalhador-trabalhador; e usuário-usuário), semelhante ao Quadro 6. Inicialmente, os fragmentos selecionados nas entrevistas e nos distintos grupos focais foram classificados a partir de núcleos de sentido que emergiram da leitura exaustiva das entrevistas. Em seguida, os núcleos de sentido foram reagrupados por similaridade de conteúdo nas sete *subdimensões* que compõem a *dimensão* Centralidade da APS.

Em sequência, montamos um segundo quadro analítico, no qual cruzamos as sínteses horizontais dos diferentes grupos (gestores - trabalhadores - usuários), de acordo com o Quadro 7. Como resultado do confronto das sínteses horizontais entre os diferentes grupos e de contínuas leituras do conteúdo dos depoimentos, engendramos as quatro seções que compõem o capítulo e que buscam compreender a *Posição da Estratégia Saúde da Família na Microrregião de Vitória da Conquista*.

Quadro 7 – Confronto dos núcleos de sentido entre os grupos de gestores, trabalhadores e usuários

Núcleos de sentido/ Subdimensões	Gestores	Trabalhadores	Usuários	Síntese horizontal
Organização da APS				Seções 1 e 2
Expansão da oferta de serviço e funções da ESF				Seção 4
Função de filtro				Seção 3
Coordenação e continuidade do cuidado				Seção 3
Modelo usuário-centrado*				-
Orientação para a comunidade e centralidade na família*				-
Resolubilidade/efetividade*				
Síntese vertical				Capítulo II

Nota: *Subdimensões transversais

Do confronto da matriz com os dados empíricos, as subdimensões “função de filtro” e “coordenação e continuidade do cuidado” foram reagrupadas na seção 3 e as subdimensões “modelo usuário-centrado”, “orientação para a comunidade e centralidade na família” e “resolubilidade/efetividade” foram transversais às seções, portanto, perpassaram todas as seções. Como resultado, as seções ficaram assim constituídas: **Seção 1** – discute os desafios à prestação de serviço de primeiro contato e os limites ao acesso regular dos usuários; **Seção 2** – focaliza no processo de trabalho nas EqSF; **Seção 3** – trabalha a questão da coordenação do cuidado por EqSF; e a **Seção 4** – analisa a abrangência e a integralidade na ESF.

Para concluir o capítulo, os resultados correspondentes à dimensão III e os critérios das subdimensões analisadas foram resumidos numa *matriz síntese dos resultados*.

2.9.3 Análise das dimensões IV, V, VI e VII

No terceiro capítulo de resultados, analisamos as *dimensões IV, V, VI e VII*. Para tanto, o engendramento do capítulo emerge da triangulação de dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores que atuam nos planos estadual (GE), regional (GR) e/ou municipais (GM), um grupo focal com gestores (GF-G), quatro grupos focais com trabalhadores da saúde da ESF (GF-T) e quatro com usuários dos serviços (GF-U), além de observações e documentos institucionais. Inspirados em Mendes (2011), o capítulo organiza os componentes constitutivo da estrutura operacional das redes de atenção à saúde.

Para cotejamento dos dados, compusemos distintos quadros para cada grupo de sujeitos da pesquisa, nos quais confrontamos os depoimentos de cada sujeito entre si (gestor-gestor; trabalhador-trabalhador; e usuário-usuário), semelhante ao Quadro 6. Inicialmente, os recortes eleitos nas entrevistas e nos distintos grupos focais foram classificados a partir de núcleos de sentido que emergiram da leitura em profundidade dos depoimentos. Em seguida, os núcleos de sentido foram reagrupados por similaridade de conteúdo em oito *subdimensões* extraídas das *dimensões IV, V, VI e VII* da matriz.

Em seguida, montamos, também, um segundo quadro analítico, no qual cruzamos as sínteses horizontais dos diferentes grupos (gestores – trabalhadores – usuários) (Quadro 8). Como resultado do confronto das sínteses horizontais entre os grupos e de contínuas leituras do conteúdo dos depoimentos, engendramos as cinco seções que compõem o capítulo e que discutem os *Fluxos assistenciais e dispositivos de integração e coordenação na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista*.

Quadro 8 – Confronto dos núcleos de sentido entre os grupos de gestores, trabalhadores e usuários

Dimensão	Núcleos de sentido/ Subdimensões	Gestores	Trabalhadores	Usuários	Síntese horizontal
Dimensão IV	Suficiência da oferta pública de serviços				Seção 1
Dimensão IV	Principal propriedade dos prestadores de serviços				Seção 1
Dimensão V	Sistema de regulação e marcação de consultas				Seção 2
Dimensão VI	Sistema de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico				Seção 2
Dimensão V	Instrumentos para continuidade do cuidado				Seção 3
Dimensão VII	Identificação de usuários				Seção 3
Dimensão VII	Sistema de transporte sanitário				Seção 4
Dimensão V	Fluxo para atenção especializada				Seção 5
IV, V, VI e VII	Síntese vertical				Capítulo III

Do confronto da matriz com os dados empíricos os reagrupamentos das subdimensões seguiram a seguinte conformação: “suficiência da oferta pública de serviços” e “principal propriedade dos prestadores de serviços” reagrupadas na seção 1; “sistema de regulação e marcação de consultas” e “sistema de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico” organizadas na seção 2; e “instrumentos para continuidade do cuidado” e “identificação de usuários” analisadas na seção 3. Por sua vez, quatro subdimensões da matriz “sistema de regulação e controle de leitos e internações”, “sistemas de informação integrados”, “sistema de assistência farmacêutica” e “sistema de tecnologia de comunicação” não foram cotejadas no capítulo de resultados, porquanto, não foi possível captar informações suficientes para compor uma seção.

Como resultado, as seções ficaram assim constituídas: **Seção 1** – trabalha a questão da oferta pública de serviços e as modalidades de gestão nos municípios; **Seção 2** – aborda o cuidado produzido nos pontos secundários e sistema de apoio; **Seção 3** – discute o fluxo comunicacional entre os profissionais de diferentes pontos da rede para continuidade informacional; **Seção 4** – analisa o serviço público de transporte sanitário entre os municípios; **Seção 5** – descreve os circuitos assistenciais e as trajetórias dos usuários na busca por cuidado em saúde na rede microrregional por meio de fluxogramas descritores.

No final do capítulo, os resultados correspondentes às dimensões IV, V, VI e VII e aos critérios das sete subdimensões eleitas foram resumidos numa *matriz síntese dos resultados*.

2.9.4 Fluxograma descritor

Para análise da seção 5, recorreremos ao *fluxograma descritor* das trajetórias assistenciais nos serviços de saúde da microrregião, elegendo quatro municípios para ilustrar os diversos fluxos e contrafluxos.

Assim, para descrição das trajetórias dos usuários para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico na rede de atenção à saúde da Microrregião de Vitória da Conquista, utilizamos, com adaptações, o *fluxograma descritor*²¹ como ferramenta analisadora proposta por Merhy (2007). O fluxograma descritor é uma representação gráfica do modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que deve ser elaborado de forma centrada no usuário, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica do trabalho em saúde e da produção de serviços (Franco e Merhy, 2003b).

Para compor o fluxograma descritor, selecionamos quatro cenários (municípios da microrregião) e por meio do conjunto de dados sintetizamos numa imagem gráfica, acompanhada de uma descrição dos fluxos e contrafluxos na rede, as trajetórias percorridas por usuários para acessarem serviços especializados, dentro e fora do município de residência, bem como, processos “burocráticos” (modo de organização) internos aos estabelecimentos de saúde (USF/UBS, pronto-atendimento, central de marcação de consultas e prestadores de serviços especializados) para agendamento/regulação de consultas/exames/procedimentos.

Tentando facilitar a compreensão das representações gráficas, padronizamos as seguintes características nos fluxogramas: Elipse – representação da entrada do usuário no fluxograma; Retângulos – representação dos estabelecimentos e serviços de saúde; Losangos – representação dos processos internos (decisões) nas diferentes etapas da prestação de serviços e que, de acordo, com a resposta positiva ou negativa, direcionará o tipo de intervenção a ser realizado na próxima etapa. Caso seja encaminhado para a intervenção tecnológica em saúde, terá um verdadeiro “cardápio” de ofertas de ações a serem desempenhadas por diferentes profissionais e nos mais variados lugares.

²¹ Utilizado como uma das ferramentas metodológicas, na dissertação do pesquisador (Santos, 2005), para compreensão das práticas em saúde bucal na ESF.

Além disso, uniformizamos as linhas/setas (trajetórias) em cheias para representar o deslocamento do usuário e as linhas/setas tracejadas representando o deslocamento da “guia de solicitação” (antes e depois de autorizada).

A intenção não é o julgamento de cada município isoladamente, mas a descrição de diferentes processos que acontecem na rede microrregional, por meio de cenários representativos. A descrição dos diferentes fluxos internos a cada município são resultados da explicitação dos dados durante entrevistas, grupos focais, observações e documentos institucionais, todavia, o padrão de detalhamento e as singularidades apresentadas não conformam *a priori* uma imagem definitiva dos lugares. Dessa forma, trouxemos elementos descritivos dos municípios para ilustrar a diversidade de caminhos percorridos pelos usuários e os diferentes circuitos traçados e trilhados na busca pela resolução de suas necessidades de cuidado numa região de saúde.

Segundo Merhy et al. (2007, p.115), uma ferramenta analisadora “*poderia nos revelar os ‘ruídos’ que as forças instituintes provocam neste cotidiano, possibilitando-nos interrogar os sentidos funcionais do serviço, as distintas modalidades de jogos de interesse e as alternativas de caminhos para operá-lo cotidianamente*”. Assim, buscamos captar modos de organização de um conjunto de processos de trabalho no cotidiano das instituições de saúde, compreendendo-as como arenas de disputas e como lugares de produção tanto de relações como de bens, permitindo interrogar e revelar nuances da integração entre os serviços e investigar as possibilidades de coordenação do cuidado pelas EqSF.

Nessa perspectiva, Merhy (2007, p.74) considera que qualquer serviço assistencial de saúde pode ser esquematizado conforme o diagrama a seguir:

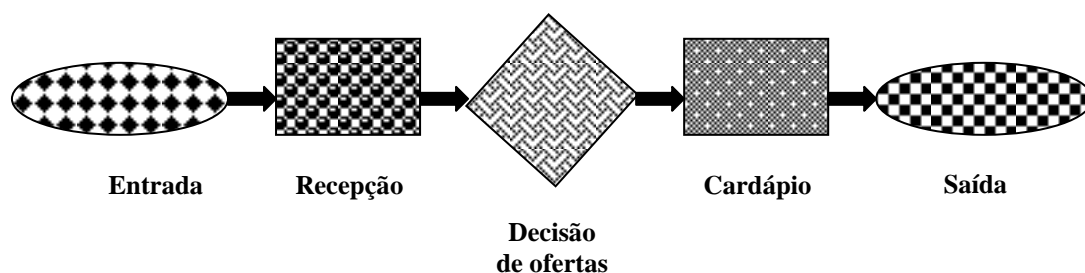


Figura 2: Fluxograma descritor do modelo de atenção de um serviço de saúde

Os fluxogramas descritores foram construídos buscando-se evidenciar os fluxos e contrafluxos (trajetórias) assistenciais dos usuários na rede de serviços de saúde na Microrregião, por meio do levantamento de dados e informações coletadas nas entrevistas, grupos focais, observações e documentos institucionais para construção da representação

gráfica. Para refinar os fluxogramas e esclarecer aspectos que não ficaram explícitos na coleta de dados, recorreremos, quando necessário, a informantes-chave para aperfeiçoar a representação gráfica e dirimir pequenas imprecisões.

Foram construídos quatro fluxogramas descritores, um para cada município estudado. Cada fluxograma representa as trajetórias assistenciais dos usuários partindo da porta de entrada “escolhida” por eles, no seu território de residência, para acessar os serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico na rede de serviços de saúde na microrregião.

2.10 Interpretação dos dados

A opção para interpretar o material coletado foi a hermenêutica-dialética, inspirados em Minayo (2004) e Assis e Jorge (2010), pois buscamos produzir uma análise compreensiva e crítica.

A hermenêutica, segundo Minayo (2004), inspirada em Gadamer, busca explicar e interpretar as várias formas de diálogo do homem em suas relações cotidianas. Pressupõe o ser humano, marcado pelo tempo e espaço em que vive e percebe sua linguagem como reflexo do seu momento histórico. A compreensão hermenêutica não é neutra, sendo condicionada, também, pelos determinantes históricos e pela formação do analista-pesquisador.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica, segundo Minayo et al. (2005, p.88), pode ser apropriada para atividade de avaliação de programas sociais, exigindo da investigação e do pesquisador *“buscar esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem; acreditar que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação; assumir seu papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha; colocar os fatos, relatos e observações no contexto dos atores; produzir um relato dos fatos em que diferentes atores se sintam contemplados”*.

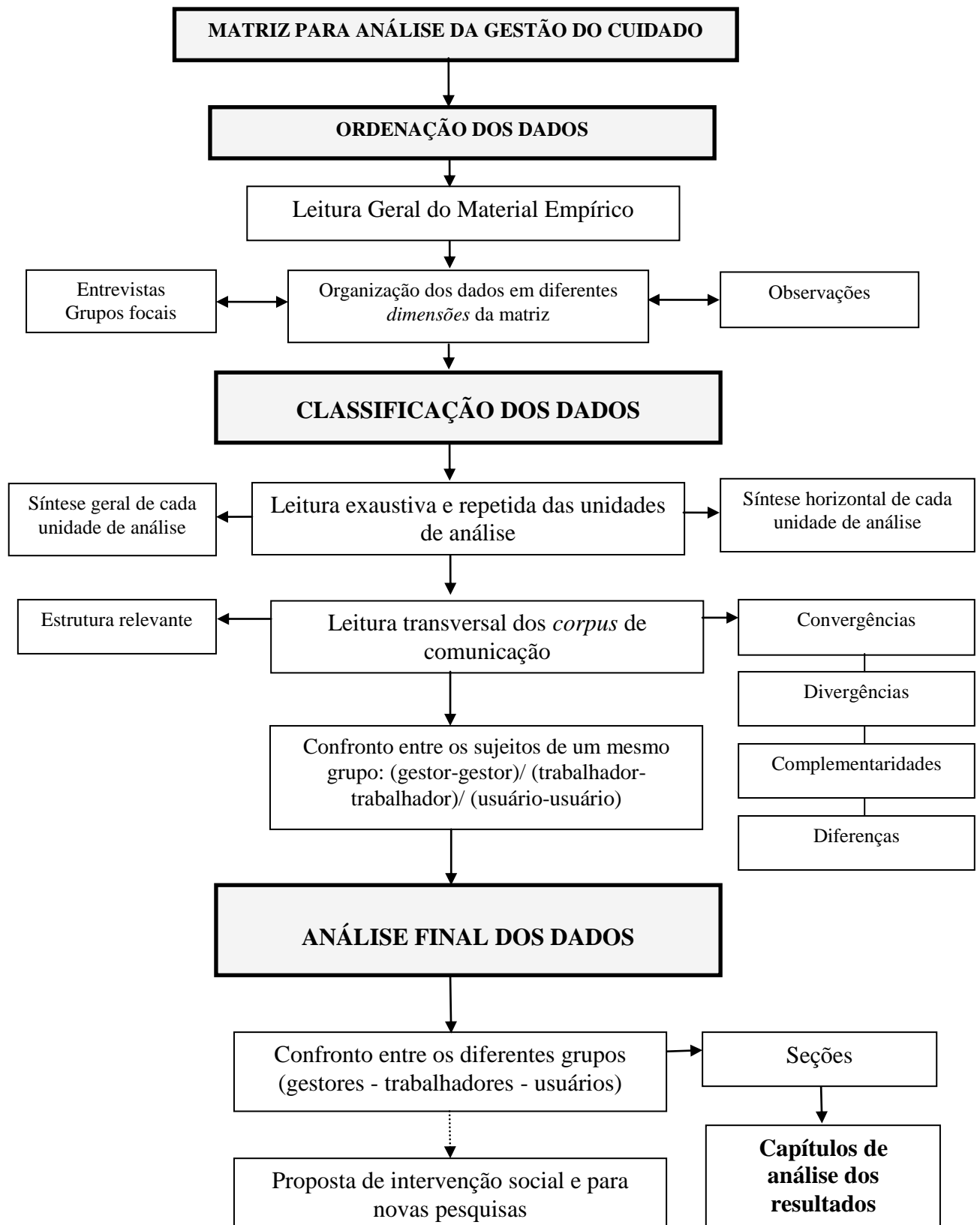
A dialética, por sua vez, toma a argumentação dialogada nos cenários de conflito para a compreensão das relações e das práticas sociais. Nesse aspecto, *“parte da concepção de que a realidade é constituída por uma unidade de contrários. Isto funda a sua incessante dinâmica processual e sua prática histórica”* (Demo, 2002, p.64).

Segundo Stein (1987) e Minayo (2004), Habermas reconhece *“um encontro”* entre a hermenêutica e a dialética, no qual o objeto de análise é a práxis social, buscando, no homem,

a consolidação ético-política do pensamento, por meio da complementaridade entre hermenêutica e dialética a partir da própria realidade. Assim, *“o método dialético e o método hermenêutico, o primeiro partindo da oposição e o segundo da mediação, constituem momentos necessários na produção de racionalidade e desta maneira operam indissoluvelmente como elementos de uma unidade”* (Stein, 1987, p.105).

Minayo (2004) apresenta, ainda, uma sistematização, sugerindo uma forma didática para o tratamento de dados empíricos por meio da abordagem hermenêutica-dialética que contempla a ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Para a tese, adaptamos o esquema de análise indicado por Assis e Jorge (2010) (Figura 3). O intuito é estabelecermos relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de triangulação do material empírico e o referencial teórico norteador, para chegarmos, finalmente, a considerações que deem conta de explicar as questões relacionadas a gestão do cuidado nas redes de atenção à saúde, em um cenário particular.

Figura 3: Fluxograma analisador



Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010, p.155)

CONTEXTO DO ESTUDO

2.11 Características demográficas e socioeconômicas do estado da Bahia

A Bahia é o maior estado da região Nordeste, com uma área de 564.830,859 Km² e uma população, em 2010, 14.016.906 habitantes (IBGE, 2010), ocupando a 5ª posição entre os estados brasileiros, em extensão, e a 4ª, em população. A densidade demográfica, por sua vez, foi de 24,82 hab/Km² (IBGE, 2010), sendo a 15ª do país.

A população do estado distribui-se heterogeneamente, num vasto território, com 417 municípios. A capital do estado, Salvador, é o município mais populoso com 2.675.656 habitantes, seguido por Feira de Santana (556.642 hab.) e Vitória da Conquista (306.866 hab.), sendo que, além desses, apenas 11 outros municípios possuem mais de 100 mil habitantes, representando cerca de 4% dos municípios baianos. Constatamos que a maioria dos municípios (374 cidades) abriga menos de 50 mil habitantes, equivalendo, aproximadamente, a 89,7% das cidades do estado (Tabela 1). Outro aspecto demográfico relevante para o desafio da regionalização e integração da rede de serviços de saúde estadual é o conjunto de residentes rurais da Bahia (3.914.430 hab.), por ser o mais numeroso do Brasil, representando 27,45% do total de moradores rurais da região Nordeste, em consequência a taxa de urbanização, da Bahia, é de 72,1% (Tabela 2).

Tabela 1: Número de municípios e população nos Censos Demográficos de 2000/2010, segundo as classes de tamanho da população, Bahia, 2000 e 2010

Bahia classes de tamanho da população	Número de municípios e população nos censos demográficos	
	01.08.2000	01.08.2010
Número de municípios		
Total	417	417
Até 10.000	72	69
De 10.001 a 50.000	307	305
De 50.001 a 100.000	26	27
De 100.001 a 500.000	11	14
Mais de 500.000	1	2
População dos municípios		
Total	13.070.250	14.016.906
Até 10.000	522.468	510.929
De 10.001 a 50.000	6.213.618	6.180.359
De 50.001 a 100.000	1.762.343	1.769.987
De 100.001 a 500.000	2.128.714	2.323.333
Mais de 500.000	2.443.107	3.232.298

Fonte: Dados sistematizados pela SEI/DIPEQ/COPESP, 2011

Tabela 2: Grau de urbanização, Brasil, Região Nordeste e Bahia, 2000 e 2010

Brasil / Região Nordeste / Bahia / RMS	2000	2010
Brasil	81,2	84,4
Região Nordeste	69,1	73,1
Bahia	67,1	72,1

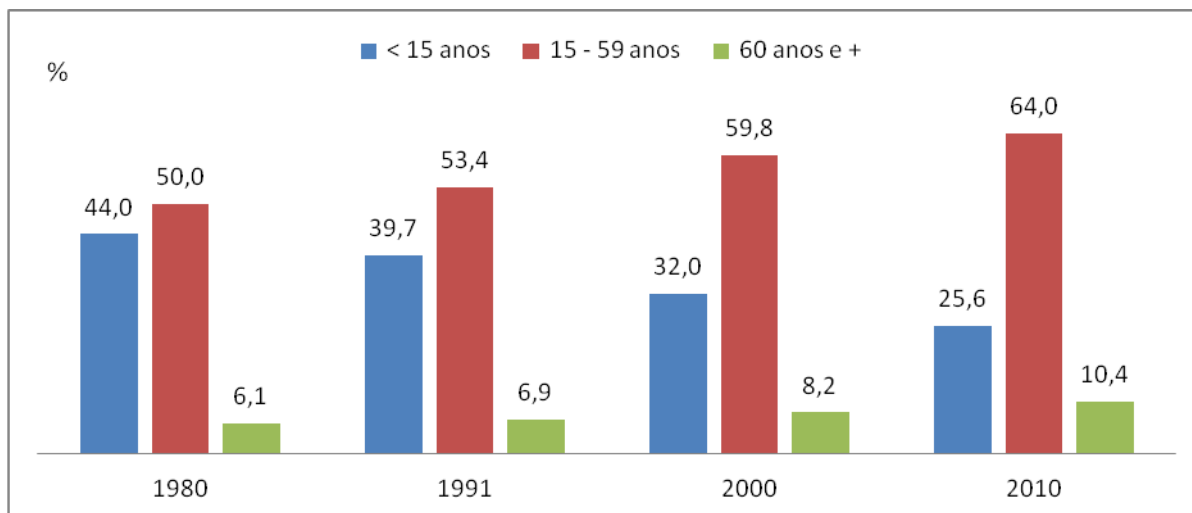
Fonte: Dados sistematizados pela SEI/DIPEQ/COPEP, 2011

Além disso, a distribuição etária, na última década, aponta para uma diminuição de crianças e jovens e aumento da população adulta e idosa, em decorrência da diminuição na taxa de fecundidade total que, em 2009, foi de 1,87 e o aumento da esperança de vida ao nascer (72,6 anos), também, a taxa bruta de mortalidade foi de 6,11% (IDB, 2011). Tais mudanças impactam no perfil epidemiológico e nas necessidades de atenção à saúde, sobretudo relacionadas à gestão de cuidados por aumento da prevalência de doenças crônicas, conforme a Tabela 3 e Gráfico 1.

Tabela 3: Taxa de fecundidade total, taxa bruta de natalidade, taxa bruta de mortalidade e esperança de vida ao nascer, por sexo, segundo o Brasil, Nordeste e Bahia - 2001-2009

Área geográfica	População (1.000 pessoas)									
	Ano									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Brasil										
Taxa de Fecundidade Total	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,0	1,95	1,89	1,94	
Taxa Bruta de Natalidade (%)	20,9	21,0	20,9	20,6	20,4	17,3	16,70	16,15	15,77	
Taxa Bruta de Mortalidade (%)	6,9	6,3	6,3	6,3	6,3	6,2	6,23	6,22	6,27	
Esperança de Vida ao Nascer	Total	68,9	71,0	71,3	71,7	71,9	72,4	72,7	73,0	73,1
	Homens	65,0	67,3	67,6	67,9	68,1	68,7	69,0	69,3	69,4
	Mulheres	72,8	74,9	75,2	75,5	75,8	76,2	76,5	76,8	77,0
Nordeste										
Taxa de Fecundidade Total	2,7	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,29	2,12	2,04	
Taxa Bruta de Natalidade (%)	23,9	23,7	23,4	21,5	20,8	20,2	19,74	19,33	18,91	
Taxa Bruta de Mortalidade (%)	7,5	7,4	7,3	6,9	6,8	6,7	6,66	6,61	6,56	
Esperança de Vida ao Nascer	Total	66,1	66,4	66,7	68,6	69,0	69,4	69,7	70,1	70,4
	Homens	63,0	63,3	63,6	65,1	65,5	65,8	66,2	66,5	66,9
	Mulheres	69,2	69,5	69,8	72,4	72,7	73,1	73,4	73,8	74,1
Bahia										
Taxa de Fecundidade Total	2,5	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2	1,90	1,86	1,87	
Taxa Bruta de Natalidade (%)	21,9	21,8	21,5	21,3	20,7	20,1	19,72	19,29	18,81	
Taxa Bruta de Mortalidade (%)	6,7	6,7	6,7	6,2	6,2	6,2	6,13	6,12	6,11	
Esperança de Vida ao Nascer	Total	68,0	68,2	68,5	71,2	71,4	71,7	72,0	72,3	72,6
	Homens	65,0	65,2	65,5	68,0	68,3	68,5	68,8	69,1	69,4
	Mulheres	71,1	71,4	71,7	74,5	74,8	75,1	75,4	75,6	75,9

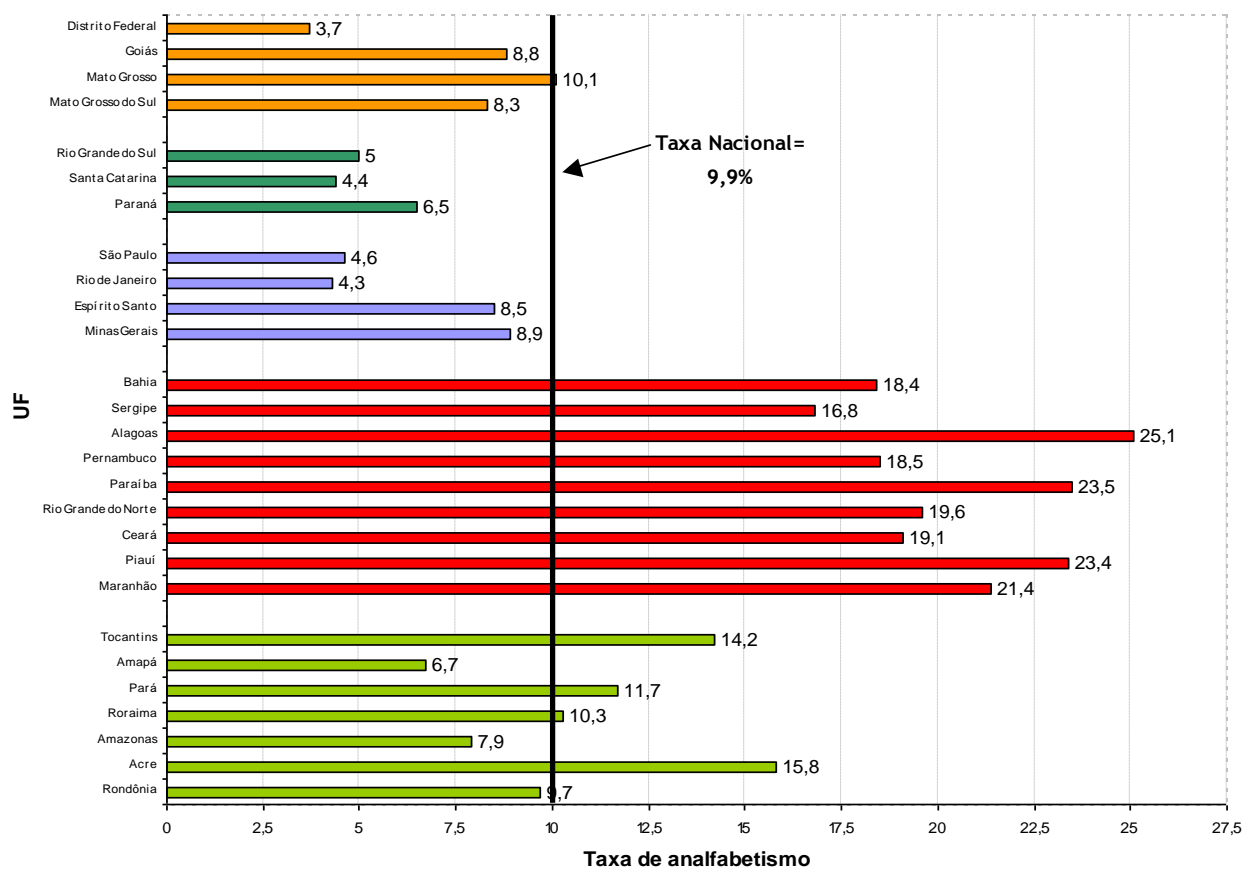
Fonte: Dados sistematizados (IBGE/PNAD) pela SEI/Dipeq/COPEP, 2009.

Gráfico 1: Distribuição da população por faixa etária na Bahia, 1980, 1991, 2000, 2010

Fonte: Dados sistematizados pela SESAB/SUVISA/DIS (Bahia, 2010a)

No aspecto econômico, o estado apresentou, em 2009, o sexto Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, correspondendo a R\$ 137 bilhões, e respondeu por 4,23% do PIB nacional, por sua vez, deteve 31,3% das riquezas produzidas no Nordeste. Os Indicadores e Dados Básicos (IDB) apresentam que a renda média ou PIB *per capita*, em 2009, foi de R\$ 9.364,65, abaixo da média nacional de R\$16.917,61 (IDB, 2011). Por sua vez, o estado possuía, em 2010, 54,67% da população vivendo com menos de meio salário mínimo, enquanto que no Brasil essa proporção foi de 34,67% (IDB, 2011). A Bahia aparece, em 2011, em 19º lugar, entre os estados brasileiros, em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com um coeficiente de 0,742.

Os dados apontam para um estado com imensos desafios, pois apesar de ser o sexto “mais rico” economicamente, os índices de desenvolvimento sociais permanecem entre os piores do país. Nesse aspecto, por exemplo, destaca-se a taxa de analfabetismo (15 anos e mais) que, em 2007, foi de 18,4% (Gráfico 2), em 2010, segundo os IDB, a taxa de analfabetismo foi de 16,21% na população com 15 anos ou mais, na Bahia, e de 9,37, no Brasil (IDB, 2011).

Gráfico 2: Taxa de Analfabetismo, por Unidade da Federação, 2007

Fonte: Dados do IBGE/PNAD 2007, sistematizados pelo Ministério da Educação, 2009

2.12 Condições de saúde no estado da Bahia

O perfil de morbi-mortalidade do Estado aponta para necessidades de investimentos numa ampla rede de serviços de saúde que integrem os estabelecimentos de distintas densidades tecnológicas, uma vez que agravos como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de adoecimento e morte, mas permanecem importantes as doenças infecciosas e parasitárias, somando-se, ainda, os agravos decorrentes da violência e acidentes. A seguir apresentamos alguns dados selecionados de morbi-mortalidade na Bahia (Tabela 4).

Tabela 4: Indicadores de mortalidade e morbidade na Bahia, Nordeste e Brasil, 2010

Causas de mortalidade selecionadas	Bahia	Nordeste	Brasil			
Mortalidade proporcional grupo de causas ¹						
Doenças do aparelho circulatório	28,56	31,13	30,87			
Causas externas	18,38	16,38	13,55			
Neoplasias	13,85	14,22	16,93			
Doenças do aparelho respiratório	8,54	9,03	11,27			
Doenças infecciosas e parasitárias	5,41	4,61	4,62			
Afecções originadas no período perinatal	3,71	3,13	2,24			
Taxa de mortalidade específica (TME) ²						
Neoplasias malignas (total)	64,8	69,0	92,4			
Próstata	14,2	13,3	13,7			
Mama feminina	9,0	9,7	13,1			
Pulmão, traqueia e brônquios	5,6	7,0	11,5			
Estômago	5,0	5,6	7,0			
Cólon, reto e ânus	3,7	3,3	7,0			
Colo do útero	4,2	5,5	5,1			
Doenças cerebrovasculares	44,9	51,0	52,3			
Doenças isquêmicas do coração	34,2	44,9	52,4			
Homicídios	41,7	35,7	27,8			
Diabetes Mellitus	28,8	33,0	28,8			
AIDS	3,8	3,9	6,4			
Acidente de trabalho	7,1	7,6	7,7			
Razão de mortalidade materna ³	-	-	77,0			
Mortalidade infantil < 1 ⁴	21,0	19,1	16,0			
Causas de morbidade selecionadas						
Tuberculose (taxa de incidência/ 100000 hab.)	37,23	36,77	37,57			
AIDS (taxa de incidência/ 100000 hab.)	12,0	12,63	17,94			
Hanseníase (taxa de incidência/ 100000 hab.)	19,69	28,41	18,75			
Hanseníase ⁵	1,85	2,46	1,56			
Neoplasias (casos em 100.000 habitantes)						
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Pulmão, traqueia e brônquios	7,56	4,17	9,05	5,70	18,37	9,82
Estômago	8,40	5,18	9,92	5,98	14,25	7,70
Cólon, reto e ânus	4,95	6,40	4,98	6,27	13,73	14,80
Mama feminina	-	26,95	-	30,11	-	49,27
Colo do útero	-	14,03	-	18,42	-	18,47
Próstata	41,44	-	43,77	-	53,84	-
Pele (não melanoma)	46,35	45,69	55,22	61,33	55,12	60,51
Lábio e cavidade oral	7,42	3,51	6,56	3,81	10,64	3,76

Fonte: DATASUS/ IDB (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>) (IDB, 2011).

Notas: (1) - % de morte com causa definida; (2) Morte x 100.000hab.; (3) Óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. A razão de mortalidade materna foi calculada apenas para estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do Sinasc igual ou superior a 90%; (4) Óbitos/ 1000 nascidos vivos; Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/Sinasc; (5) Taxa de prevalência/ casos existentes no registro ativo por 10.000hab.

2.13 Políticas de saúde na Bahia (dos anos sessenta a 2006)

Para análise do processo de regionalização na Bahia é necessário retroagir em busca de nuances históricas que se desdobram em estratégias e disputas no espaço-tempo das políticas de saúde, modelam as singularidades dos sujeitos e dos territórios e que, por fim, imprimem certa lógica à gestão nas regiões de saúde.

Na Bahia, a descentralização e a regionalização das atividades da Secretaria de Saúde (Secretaria da Saúde Pública da Bahia) ganharam impulso com a Lei 2.321, de 1966, e com a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, que dividiu o território baiano em 21 macrorregiões administrativas (regiões geoeconômicas). No ano seguinte, o Decreto 20.356, de 1967, regulamenta a instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS) em cada uma das regiões (antes centrado em Salvador), implantando-os em municípios com maior concentração populacional e de serviço de saúde. Nesse período, dificuldades políticas e técnicas atrapalharam a implantação de todos os CERS, sendo que o Decreto 21.589, de 1969, regulamentou o regimento dos CERS (oito, até então) e aprovou a implantação de mais cinco, ampliando, assim, a “*regionalização*” (desconcentração administrativa) da saúde no Estado (Araújo et al., 1973).

Nessa seara, Teixeira et al. (1993) ressaltam que, até final dos anos oitenta, não existia uma política de regionalização territorial-populacional na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), embora reconheçam alguns elementos normativos que apontavam para essa direção e que advinham da experiência dos anos 60-70 com a Reforma Administrativa do Estado e criação dos CERS. Esses autores destacam que a criação das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), na década de 1980, no âmbito da SESAB, e o protagonismo da Bahia, ao ser o primeiro Estado a assinar o convênio SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), foram medidas impulsionadas por questões nacionais (movimento pela municipalização, descentralização e democratização da saúde) e internas (governo estadual de perfil democrático, com eleição direta). Nesse sentido, por circunstâncias específicas da situação baiana, o projeto de governo, “*além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infraestrutura da rede pública de serviços, incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS)*” (p.2).

O desenho proposto englobava 104 distritos sanitários, com integração (centros de saúde e hospitais públicos ou contratados) de serviços em territórios específicos em toda Bahia, abarcando uma população de 50 a 200 mil habitantes (mesma cidade ou entre cidades), compondo-se com uma DIRES, na perspectiva de uma rede descentralizada administrativamente e integrada distritalmente para oferta de serviços. Teixeira et al. (1993, p.5) sintetizam que “*a experiência da Bahia com o processo de descentralização não esgota a compreensão do SUS como resultado de uma reforma administrativa, mas estende o seu alcance à realização de uma ‘reforma assistencial’*. Esta implica a adoção de critérios organizacionais e operativos que supõem a racionalização do atendimento à demanda e busca a reorganização da oferta de serviços, de acordo com as necessidades e problemas das

populações carentes que vivem, trabalham, adoecem e morrem no território dos Distritos Sanitários”. Nessa perspectiva, complementam os autores, os distritos sanitários constituíram espaços de experimentação metodológica na área de planejamento e programação local.

No final dos anos oitenta, já no contexto do SUDS, o governo da Bahia centrou esforços em três frentes: a) desenvolvimento da infraestrutura de recursos; b) desenvolvimento político-gerencial e; c) organização do modelo assistencial. Essas linhas básicas de ação buscavam recuperar a credibilidade dos serviços públicos de saúde perante a comunidade, adequar e expandir os serviços, abrir canais de participação da comunidade e dos profissionais da saúde na gestão do SUDS, favorecer o processo de municipalização e distritalização (descentralização da gestão), além de institucionalizar o planejamento no cotidiano da SESAB e DIRES (Paim, 1989). Todavia, esse autor aponta que os enfrentamentos político-institucionais com certos dirigentes da DIRES e setores tecnocráticos, bem como, a dominância de problemas administrativos (infraestrutura e político-gerencial) e as resistências de agentes das práticas de saúde (particularmente médicos) dificultaram o avanço dessa dimensão da gestão.

O fortalecimento do convênio SUDS na Bahia, também, avançou com a indução para que os municípios organizassem seus Conselhos Municipais de Saúde (deliberativos e paritários) e construíssem planos municipais de saúde para que, também, pudessem aderir ao SUDS, ou seja, tais medidas fomentadas pela SESAB, em 1988, estabeleceram as estratégias para a municipalização dos serviços de saúde e a descentralização da gestão (Paim, 1989). Um importante destaque ao protagonismo da Bahia, nesse momento histórico, é feito por Arouca (1991, p.16) quando afirma que “*o braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais de saúde paritários, deliberativos, aconteceu em muitos poucos lugares –e, sem sombra de dúvida, um lugar onde aconteceu foi na Bahia*” (apud Paim, 2007, p.224)

Na Bahia, assim como em todo o Brasil, a implantação do SUS, nos anos noventa, aconteceu imersa numa conjuntura desfavorável, pois as forças hegemônicas apontavam para reforma restritiva do Estado (redução de funções) e estreitamento das políticas sociais (Coelho e Paim, 2005; Soares, 2002). Por sua vez, as diferentes normas operacionais (NOB 91, NOB 92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001 e NOAS 2002) foram estratégias de indução, do Ministério da Saúde, às formas de gestão, provisão e financiamento de estados e municípios, ainda que “*estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e*

municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional” (Santos e Andrade, 2007, p.27).

A NOB 93, por exemplo, é considerada uma vitória do movimento municipalista, pois criou fóruns interfederativos de negociação e pactuação e assegurou flexibilidade no processo de organização e formas diferenciadas de financiamento por condição técnica e operativa de gestão (parcial, semiplena e plena), estabelecendo graus crescentes de descentralização do SUS (Solla, 2006). Nesse momento, na Bahia, cria-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como fórum de articulação entre os gestores estadual e municipal, sendo composta de forma paritária e constituída por representação do estado (indicados pela SESAB) e do município (indicados pelo COSEMS) e com decisões tomadas por consenso. A CIB é uma instância de caráter informativo, consultivo e deliberativo, sendo instituída, na Bahia, pela Portaria nº 2.094, de 1993 (Bahia, 2007b).

Em relação à CIB, na Bahia, ainda que se constitua um palco privilegiado de negociações entre gestores, as prioridades sanitárias eram capitaneadas por interesses políticos, muitas vezes, em detrimento das necessidades da população. O período de 1993-1998 foi analisado e, nesse estudo, destacam-se os conflitos relacionados a boicotes e/ou favorecimentos ao processo de descentralização e habilitação, além da distribuição de recursos e bens do estado para os municípios, vinculados à bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos (Guimarães, 2003).

Tais práticas comprometeram o processo de implantação da NOB 93 no estado, pois a SESAB, na época, não estimulou o processo de descentralização e nenhum município assumiu a gestão semiplena, sendo que, somente cerca da metade habilitou-se na gestão incipiente, soma-se o fato de que, até 1998, não havia descentralização das autorizações de internação hospitalar (AIH) para qualquer município (Solla, 2010). Para esse autor, *“a descentralização do SUS na Bahia foi marcada pela ausência de estímulo estadual ao processo e intensa partidarização na relação intergestores”* (p.125).

Por outro lado, o acúmulo de experiências, em diferentes partes do Brasil, deflagrou a luta por plena responsabilidade do ente público municipal sobre a gestão do sistema de saúde e não somente sobre a prestação de serviços e, com a NOB 96, simplificou-se as modalidades de gestão municipal em dois níveis (plena da atenção básica e plena do sistema municipal), além de consolidar o processo de descentralização do SUS. Essa norma operacional engendrou dispositivos importantes que fortaleceram a gestão municipal: 1) transferência automática e direta de recursos financeiros (fundo nacional ao fundo municipal); 2) Piso Assistencial Básico (PAB) com diferencial para incentivo à Saúde da Família e outros

programas; 3) Programação Pactuada e Integrada (PPI), apontando para necessidade de integração de sistemas intermunicipais (regionalização). Porém, uma das críticas à NOB 96 é que *“impediu a possibilidade de municípios de pequeno porte de assumirem a gestão plena de seu sistema municipal, pois essa condição só era admissível se o ente federativo tivesse todos os serviços necessários ao atendimento de sua população”* (Santos e Andrade, 2007, p.65).

Especificamente na Bahia, as novas regras de transferência de recursos financeiros favorecem a política de descentralização e habilitação como gestores da saúde, pois para a maioria dos municípios é uma forma de captação direta de recursos da União para o seu território. Em virtude disso, *“o estado da Bahia, em particular, sai da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados, [...] Até o ano de 1996 apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998 este número passou para 351 municípios”* (Guimarães, 2003, p.18).

No Brasil, o grande número de municípios de pequeno porte, bem como, as profundas assimetrias na capacidade de provisão de serviços de saúde nesses territórios inviabilizava não somente a gestão plena, mas sinalizava, também, a necessidade de planejamento territorial e compatibilização de redes intermunicipais em espaços microrregionais, além disso, *“as diretrizes das normas editadas na década de 1990 continham poucos estímulos à integração horizontal dos entes federados”* (Fleury e Ouverney, 2007, p.113). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde edita as NOAS 2001 e 2002, estabelecendo diretrizes para o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde (interdependência municipal), fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, é com a NOAS que se estabelece a necessidade de elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para um planejamento integrado em territórios micro e macrorregionais. Para atender a essa demanda, em 2001, a SESAB, por meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (SUDESC), assumiu a responsabilidade de coordenar, em consonância com a CIB, a elaboração do primeiro PDR da Bahia, tendo como divisão territorial seis macrorregiões e 31 microrregiões (Bahia, 2012a) e, em 2003, o estado assume a Gestão Plena, que *“permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS”* (Bahia, 2012a, p.46).

Todavia, no início dos anos 2000, a condução da política de saúde pela SESAB restringia-se a uma participação acanhada do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da CIB, porquanto, o clientelismo e o favorecimento político faziam parte da dinâmica de decisões do Estado, direcionado as indicações políticas, nas instituições de saúde, nos níveis regional e local, em razão disso, “*a formulação e implementação de políticas no âmbito estadual resultavam afinal de um processo decisório pressionado diretamente por instâncias que compõem o próprio aparelho de Estado nos níveis de ‘alto escalão’ ou do alto staff do Executivo*” (Coelho e Paim, 2005, p.1380).

2.14 Regionalização na Bahia no contexto do Pacto pela Saúde: da habilitação “cartorial” à pactuação “voluntária” (2007-2012)

A regionalização da rede assistencial de serviços de saúde, no Brasil, é um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde, contudo, ganha maior destaque na agenda política no início dos anos 2000 com a NOAS e, mais recentemente, com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Ressalta-se, ainda, que o processo de regionalização seguiu diferentes caminhos e distintos ritmos, conforme os contextos e seus condicionantes institucionais e políticos nas unidades federadas.

A regionalização, no Brasil, caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal, em redes de atenção à saúde de âmbito micro e macrorregional. Por conseguinte, tal modelagem, aumenta a complexidade na gestão de redes integradas para produção do cuidado, porquanto deve conciliar interesses conflitantes de diferentes municípios, respeitando a sua autonomia política, financeira e administrativa, ao mesmo tempo em que deve buscar a construção de um modelo solidário e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Além disso, “*envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política*” (Viana e Lima, 2011, p.15).

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no financiamento compartilhado no SUS, organizando os recursos destinados às ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, bem como, a substituição do processo “*cartorial*” de habilitação (conforme NOB e NOAS) por adesão “*voluntária*” para um modelo de contratualização (Termo de

Compromisso de Gestão) entre os gestores das três esferas de governo. Nesse aspecto, o governo da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão por meio da Portaria 2.581, de 2007 (Bahia, 2012a).

Em relação ao Pacto pela Saúde, segundo as entrevistas, na pesquisa de campo, e documentos, houve, na Bahia, um hiato entre o movimento desencadeado pelo Ministério da Saúde e a sua implantação no estado. Um ponto a ser considerado é que, em 2006, aconteceram eleições para governadores e, no caso da Bahia, houve mudança de governo, após dezesseis anos de gestão do chamado núcleo conservador. Nessa perspectiva, em 2006, a gestão estadual colocava-se contrária a assinatura do Pacto, numa perspectiva mais de oposição à União do que técnica, embora, o município de Barra do Choça, na microrregião de Vitória da Conquista, tenha sido o único do estado a fazer a adesão, mas sem grandes efeitos práticos. Na medida em que o novo governo assumia, em 2007, houve uma série de ações relacionadas à regionalização como a atualização do desenho do PDR, reconfiguração das micro e macrorregiões de saúde e movimentos para implantação dos CGMR²².

O Plano Estadual de Saúde (PES) – 2008/2011 destaca as seis diretrizes que constituem a agenda de governo para consolidação do SUS na Bahia: a) regionalização solidária da atenção à saúde; b) gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; c) intersetorialidade e transversalidade nas ações; d) valorização do trabalhador do SUS; e) comunicação e diálogo com os parceiros e a sociedade; f) resolubilidade e satisfação do usuário do SUS (Bahia, 2009a).

Por esse ângulo, as diretrizes precisam ser articuladas entre os 417 municípios que compõe o território baiano. Uma das estratégias tem sido a regionalização, que é explicitada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Bahia, 2007a). Para tanto, o PDR de 2001, foi revisado em 2003 e alterado em 2004. Por último, foi revisto em 2007²³, no qual o território sanitário da Bahia foi organizado em nove macrorregiões de saúde e 28 microrregiões: Norte (27 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (73 municípios) (Figuras 4 e 5).

²² Estabelecidos pela Portaria/GM-MS 399 de 22/02/2006 onde trata da regionalização e seus pressupostos. Elaboração do regimento interno, na Bahia, em 2007 e instituídos por Resolução CIB 143 de 09/10/2007. Início do processo de implantação dos CGMR em maio 2008 (Bahia, 2010b).

²³ Em 2011, o PDR passou por uma atualização oficializada pela Resolução da CIB nº 181, de 24 de agosto de 2011 (Bahia, 2012a).

Figura 4: Macrorregiões de Saúde da Bahia, PDR - 2007

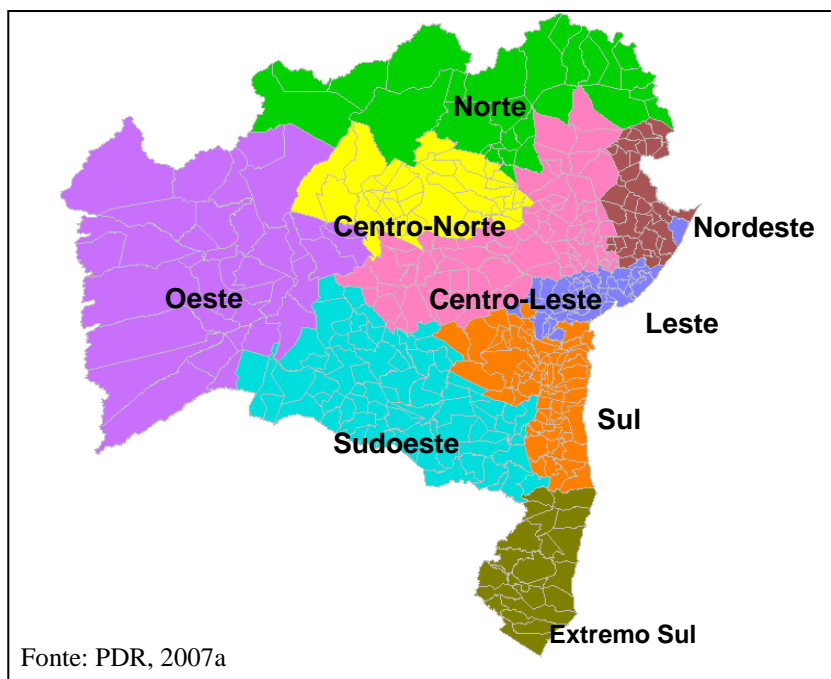
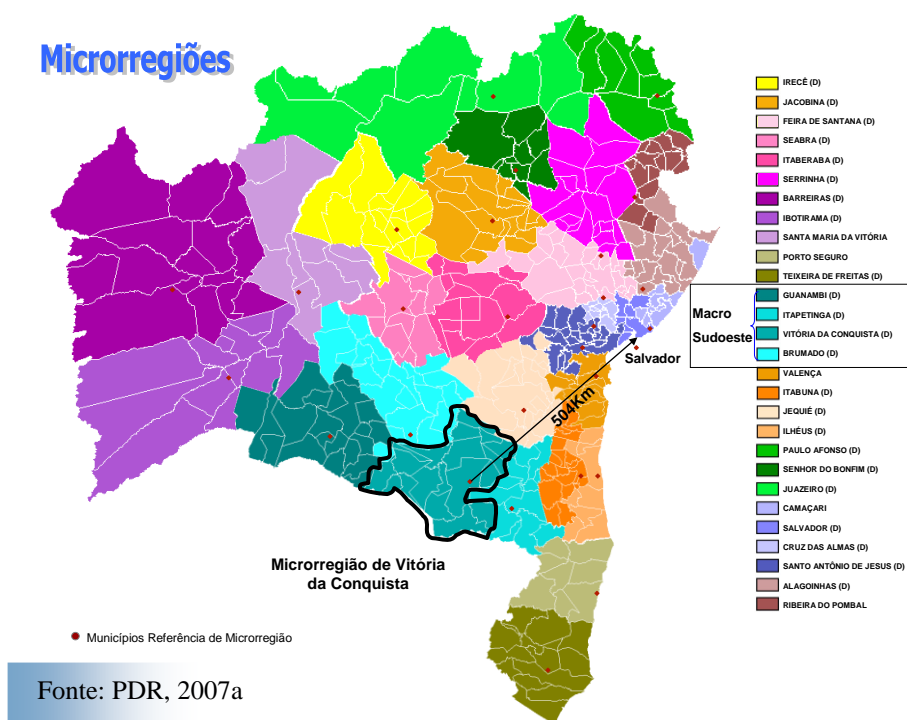


Figura 5: Microrregiões de Saúde da Bahia, PDR - 2007



A concentração de tecnologia de alta densidade no município de Salvador converge na atração de usuários de todas as regiões do estado em busca de procedimentos especializados,

além de apoio diagnóstico e terapêutico, pois, nas demais regiões, há uma predominância de estabelecimentos de atenção primária e de unidades com internação hospitalar de pequeno porte (com capacidade restrita para resolver problemas que necessitam de procedimentos e terapias que envolvam tecnologias mais adensadas). Um grande desafio na gestão estadual é conformar uma rede de serviços de saúde que “*supere os grandes vazios assistenciais, observando a economia de escala e de escopo, qualidade e integralidade da assistência*” (Bahia, 2009a, p.22).

De acordo com o PES 2008-2011 (Bahia, 2009a), existe uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a macrorregião Leste é a que apresenta maior concentração de serviços em saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as regiões de saúde que apresentam menor concentração.

O atual desenho do PDR baseou-se nos conceitos de economia de escala e de escopo aplicados às microrregiões e aos respectivos municípios de referência, na capacidade de investimento do estado, na sustentabilidade econômica dos municípios de referência, nas distâncias e trajetos de deslocamentos dos usuários (acesso), na capacidade instalada pública (unidades assistenciais, leitos totais e leitos de UTI). Entre os critérios utilizados para o desenho das regiões de saúde ressaltam-se os populacionais e os de acesso viário, sendo adotados parâmetros para adequação às diversas realidades regionais do estado (Bahia, 2009a).

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, novas relações de cooperação têm se estabelecido entre os entes federativos. Nessa perspectiva, dos 417 municípios baianos, 347 estão sob Gestão Estadual do Sistema de Saúde, representando 83% do total e 70 municípios, representando os 17% restantes, assumiram o Comando Único do sistema de saúde local (comprometeram-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território). Ressalta-se que, no Estado da Bahia, 269 municípios assinaram o Pacto pela Saúde (Bahia, 2012a).

Para o processo de “*regionalização viva*”, ou seja, processo permanente de negociação entre os municípios e o Estado, existe uma série de instâncias de debate e pactuação. Entre as instâncias tem-se a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que tem caráter deliberativo e foi instituída na Bahia pela Portaria de nº 2.094 de 21/06/93 (CIB, 2007b), o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS), os Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR)²⁴ e o Conselho Estadual de Representantes Regionais (CONER) (estrutura de representação regional do COSEMS). Com a implantação dos CGMR, desde

²⁴ Começaram a ser implantados no final de 2007, substituindo as antigas CIB macrorregionais (CIB Macro) (Viana e Lima, 2010b).

2007, as CIB macrorregionais deixaram de funcionar, abrindo espaço para os CGMR (Viana e Lima, 2010b).

O CGMR reúne os municípios de cada microrregião de saúde, num total de 28 CGMR distribuídos entre as nove macrorregiões. Trata-se de instância colegiada, de natureza permanente e de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do território microrregional, a partir de decisões tomadas por consenso, dentro do conjunto dos municípios correspondentes às microrregiões de saúde estabelecidas pelo PDR e de caráter consultivo para a CIB quando se referir às questões que envolvam outras microrregiões/macrorregiões do Estado (Bahia, 2007b).

Acerca do funcionamento dos órgãos colegiados envolvidos com a regionalização no estado da Bahia, Viana e Lima (2010b) sintetizam que os CGMR passaram a ser responsáveis, entre outros, pela avaliação dos pleitos de adesão ao Pacto de Gestão encaminhados pelos municípios pertencentes à microrregião de referência após aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), havendo, ainda, o esforço para adesão em “*bloco de municípios*”. Com efeito, a regionalização da atenção à saúde, na Bahia, aparece como uma das diretrizes estratégicas, como compromisso e objetivo específico na agenda de governo no PES 2008-2011 (Bahia, 2009a), sendo reafirmada no PES 2012-2015 (Bahia, 2012a).

Por fim, selecionamos algumas características da regionalização na Bahia, por meio do relatório de pesquisa de Viana e Lima (2010b, p.36) que detalha e tipifica o processo de regionalização em saúde no estado, entre 2007 a 2009:

- Orientação: 1) gerencial – com preocupação em organizar o sistema, modernizar a gestão e fortalecer os mecanismos de planejamento em âmbito regional, aumentar a capacidade regulatória dos agentes públicos e formalizar a contratualização entre gestores e prestadores; 2) democrática-participativa – valorização das instâncias colegiadas de pactuação em âmbito estadual e regional, com o objetivo de fortalecer a cooperação entre os entes governamentais na resolução de problemas de saúde; 3) equidade – preocupação em ampliar a oferta em regiões com maiores necessidades; 4) desenvolvimentismo – priorização da saúde e da territorialidade no modelo de desenvolvimento do governo estadual e tentativas de articulação entre áreas e de fortalecimento do enfoque regional no planejamento governamental;
- Objeto: organização de redes e fluxos; ampliação da capacidade instalada e microrregiões de saúde;

- Atores: governamentais (governador e secretaria estadual de saúde; prefeitos e secretários municipais de saúde, particularmente os municípios polos; MS; DIRES; COSEMS e CIB);
- Estratégias: criação de novas instâncias de pactuação e coordenação regional (CGMR) e fortalecimento das DIRES. Revisão e criação de novos instrumentos organizativos e gerenciais;
- Governança da regionalização, ainda, indefinida: CGMR implantados com funcionamento variável entre as microrregiões e DIRES em processo de readequação de seu papel; relações intergovernamentais sem um padrão predominante e dificuldade na coordenação regional, com fragilidade do COSEMS; importante papel da CIB, e alguns indicativos de mudança com a implantação dos CGMR, mas com fluxos em construção; influência marcante de algumas organizações profissionais médicas;
- Institucionalização da regionalização, ainda, intermediária: “*regionalização antiga*”²⁵ e ancorada na estrutura administrativa da SES; planejamento estratégico da saúde inserido na política mais ampla de governo estadual, com esforço de construção de enfoque regional no planejamento governamental; desenho setorial voltado para adequação e consolidação de políticas estaduais de saúde; ênfase na consolidação das microrregiões de saúde visando a reconfiguração de poderes em âmbito regional; planejamento regional de saúde conduzido pela SESAB e regulação baseada na contratualização entre entes públicos e com prestadores privados, com fragilidade dos instrumentos de regulação de fluxo implantados; forte presença e atuação do governo estadual na condução do processo em curso, com estratégias voltadas para articulação e envolvimento de diferentes setores da SESAB; esforço de construção do olhar regional na SESAB e resistências do COSEMS; importância de novos investimentos e atuação expressiva da SES em parceria com o MS; priorização da atenção primária e da capacitação profissional.

²⁵ O atual PDR do Estado da Bahia tem inspiração na Reforma Administrativa do Estado da Bahia, na década de sessenta, que dividiu o estado em 21 macrorregiões administrativas (regiões geoeconômicas). O desenho das microrregiões de saúde, apesar de atual, nem sempre corresponde aos fluxos reais dos usuários em busca dos serviços de saúde, trazendo problemas às tentativas de racionalidade de pactuação e regulação intermunicipal. As DIRES, por exemplo, são heranças dos Centros Executivos Regionais de Saúde (dos anos sessenta), seguem a distribuição territorial dos anos oitenta. Os movimentos para readequá-las ou redistribuí-las conforme desenho e dinâmica atual do PDR, são tímidos e insuficientes, essencialmente pelo grau de envolvimento político-partidária dos seus dirigentes.

2.15 Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista

➤ Caracterização geral

Para esta pesquisa, elegemos, conforme descrito na metodologia, a Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista (Macrorregião Sudoeste). A Microrregião de Vitória da Conquista possui 632.708 habitantes, sendo 205.475 habitantes (32,5%) correspondente à população que reside em zona rural (Bahia, 2010a). Essa região de saúde é composta por 19 municípios que podem ser agrupados em quatro estratos por contingente populacional: **Estrato 1** – até 10.000 habitantes (Cordeiros, Maetinga, Ribeirão do Largo); **Estrato 2** – entre 10.001 a 25.000 habitantes (Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caetanos, Caraíbas, Condeúba, Encruzilhadas, Mirante, Piripá, Planalto, Presidente Jânio Quadros, Tremedal); **Estrato 3** – entre 25.001 a 50.000 (Anagé, Barra do Choça, Cândido Sales, Poções); e **Estrato 4** – maior que 50.001 (Vitória da Conquista). A sede da microrregião é Vitória da Conquista (distante 519Km de Salvador), sendo o mais populoso município (48,5% da população da microrregião) que, por sua vez, é, também, polo da macrorregião Sudoeste e sede da 20ª DIRES (Figura 6). É importante observar, também, que a microrregião faz fronteira com o Norte de Minas Gerais.

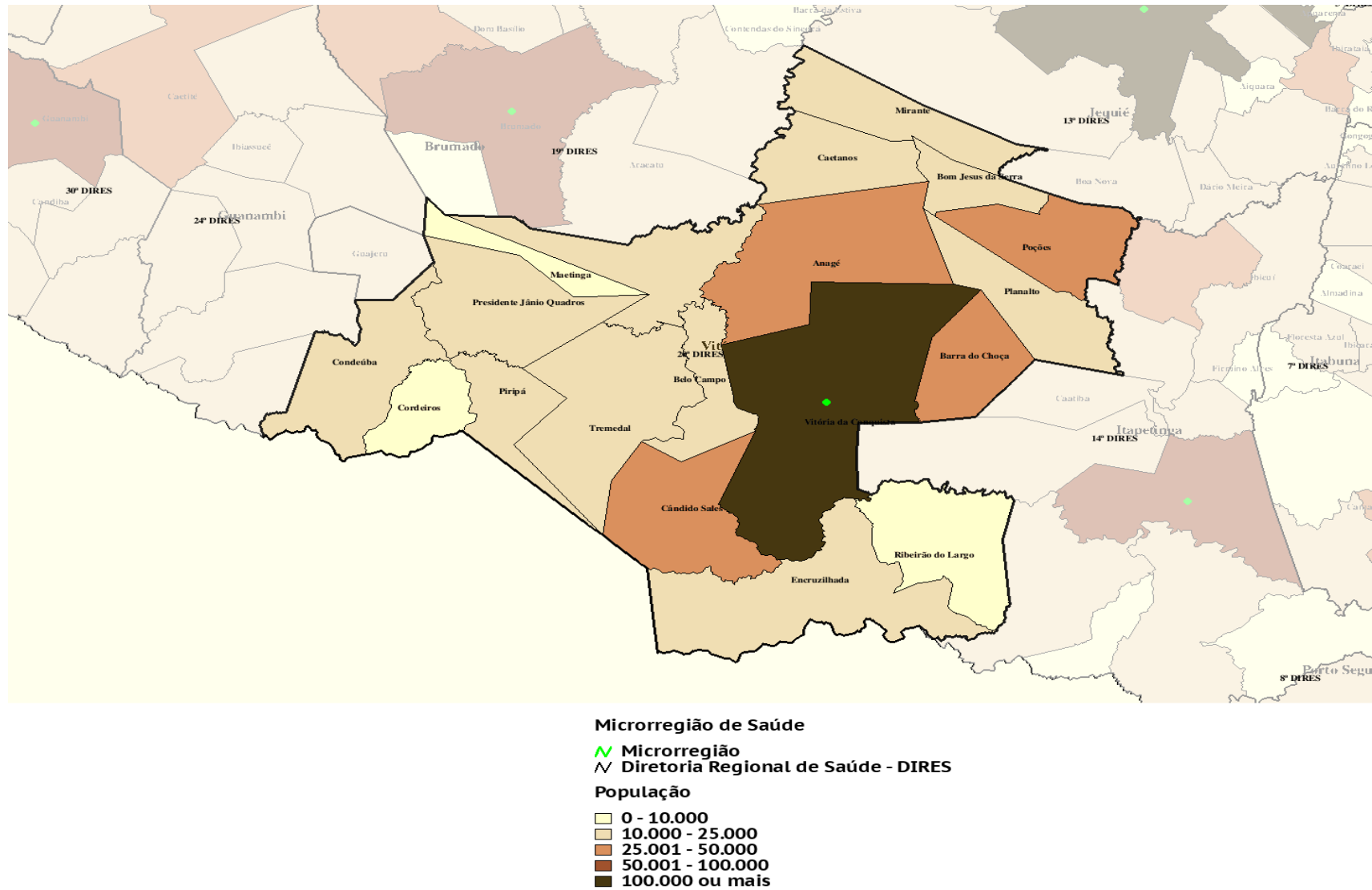
Além disso, trata-se de uma microrregião com municípios com baixa taxa de urbanização (com exceção de Vitória da Conquista e Poções), municípios com sensível diminuição ou estagnação no crescimento populacional na última década (exceção de Vitória da Conquista e Planalto), significando um importante desafio às políticas de saúde, sobretudo para atração e fixação de profissionais, disposição dos estabelecimentos de saúde e oferta de serviços, mediante dispersão da população nos territórios (Tabela 5).

Tabela 5: População residente na Microrregião de Vitória da Conquista e alguns indicadores selecionados, 2010

Municípios	Pop Total 2000	Pop Total 2010	Taxa de Urbanização 2010 (%)	Participação dos Idosos 2010 (%)
Anagé	31.060	25.516	19,4	15,39
Barra Choça	40.818	34.788	49,2	10,19
Belo Campo	17.655	16.021	56,2	13,81
Bom Jesus da Serra	10.502	10.113	27,6	13,25
Caetanos	13.076	13.639	23,6	12,48
Cândido Sales	28.516	27.918	69,2	11,83
Caraíbas	17.164	10.222	24,6	16,54
Condeúba	18.047	16.898	44,5	15,45
Cordeiros	8.193	8.168	31,2	14,64
Encruzilhada	32.924	23.766	21,7	10,55
Maetinga	13.686	7.038	40,6	16,62
Mirante	13.666	10.507	17,3	13,19
Piripá	16.128	12.783	48,7	14,79
Planalto	21.707	24.481	61,0	12,65
Poções	44.213	44.701	77,0	13,23
Presidente Jânio Quadros	17.045	13.652	31,0	15,34
Ribeirão do Largo	15.303	8.602	53,1	10,52
Tremedal	21.200	17.029	23,1	17,13
Vitória da Conquista	262.494	306.866	89,6	9,97
Bahia	13.070.250	14.016.906	72,1	10,35

Fonte: DIS/SUVISA/SESAB (Bahia, 2010a)

Figura 6: Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, Macrorregião de Saúde Sudoeste, Bahia, 2013



Fonte: Gerado pela GeoPortal de Saúde, SESAB

➤ **Organização e distribuição dos serviços de saúde**

Na microrregião, todos os municípios assinaram o Pacto pela Saúde, contudo, apenas cinco deles (Barra do Choça, Belo Campo, Metinga, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista) assumiram o Comando Único, os demais permanecem sob gestão estadual dos serviços de saúde.

Em relação a oferta de serviços, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está presente em todos os municípios com uma elevada cobertura formal (>70%), com exceção de Encruzilhada (58%) e Vitória da Conquista (42%). Todavia, por Vitória da Conquista ser o município mais populoso, a baixa cobertura nesse município impacta significativamente na proporção de cobertura da microrregião (67%). Ainda assim, a população não cadastrada em Unidades de Saúde da Família (USF), nos diferentes municípios sem plena cobertura da ESF, possuem Unidades Básicas de Saúde (UBS) como unidades de referência. Outro dado relevante é que Vitória da Conquista possui 100% de cobertura formal de ESF na zona rural.

Em relação às unidades hospitalares, a microrregião possui 20 estabelecimentos entre públicos, privados e filantrópicos. Entre os estabelecimentos, 11 estão cadastrados como “hospitais gerais”, sendo que 10 correspondem a hospitais públicos municipais de pequeno porte (Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Cândido Sales, Condeúba, Cordeiro, Encruzilhada, Planalto e Tremedal) que ofertam 346 leitos para o SUS e um hospital filantrópico (em Poções) que oferta 66 leitos para o SUS. Além disso, possui um Hospital Geral Estadual, em Vitória da Conquista, que serve de referência para toda a macrorregião Sudoeste. Em Vitória da Conquista encontra-se, ainda, um hospital municipal (especializado no cuidado materno-infantil) e sete hospitais entre privados e filantrópicos. Os dois hospitais públicos, cinco privados e dois filantrópicos, em Vitória da Conquista, ofertam, em conjunto, 1.109 leitos, sendo 812 destinados ao SUS (Brasil, 2013). A Tabela 6, a seguir, reúne dados sobre leitos hospitalares na microrregião e destaca a participação privada no total de leitos SUS.

Tabela 6: Total de leitos, leitos SUS e participação privada no total de leitos SUS na Microrregião de Vitória da Conquista, Bahia, 2013

Leitos por especialidades	Total de leitos	Leitos SUS público	Leitos SUS privados	Participação do privado nos leitos SUS
Leitos cirúrgicos	453	154	140	47,6%
Leitos clínicos	429	236	119	33,5%
Leitos obstétricos	195	120	49	30%
Leitos pediátricos	367	120	204	63%
Outras especialidades ¹	79	78	1	1%
Hospital Dia	6	0	3	100%
Total de leitos²	1529	708	516	42,2%

Fonte: CNES/DATASUS (Brasil, 2013)

Nota: (1) Crônico, psiquiátrico e reabilitação; (2) Total menos leitos complementares

CAPÍTULO III – GOVERNANÇA NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA: ESTRATÉGIAS E DISPUTAS NA GESTÃO DO CUIDADO

Neste capítulo são identificadas e discutidas as políticas institucionais e as estratégias de governança para conformação de uma rede regionalizada e integrada de cuidados à saúde, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista. Para tanto, analisamos a *dimensão II* e suas quatro *subdimensões* que em conjunto modelam os *Componentes da governança regional* da *Matriz de análise da gestão do cuidado*. A narrativa do capítulo emerge das análises e cruzamentos de dados coletados que conformam as quatro seções apresentadas no texto para tecer de maneira articulada o debate acerca da governança regional. Na análise, as subdimensões foram assim agrupadas:

- *mecanismos da governança regional* são analisados em duas seções. A seção 1 – explora a organização do Colegiado de Gestão Microrregional, o processo institucional e a dinâmica dos sujeitos na construção das políticas locais regionais. A seção 2 – centra a discussão nos micropoderes nas instâncias colegiadas e o papel de apoiador institucional da Dires no processo de regionalização;
- *financiamento regional e relações público-privadas* são analisadas na seção 3 – assenta o debate nas implicações do financiamento do SUS e a subordinação dos territórios à lógica dos interesses privados.
- *participação social* é analisada na seção 4 – debate a democratização do espaço público e o apagamento da participação social nos territórios regionalizados e, por fim, interroga sobre quem defende o SUS na microrregião de Vitória da Conquista.

Para encerrar esta análise, apresentamos ao final do capítulo a *Matriz Síntese dos Resultados* que destaca os principais achados em campo e, assim, sintetizamos a *dimensão II* e suas *subdimensões*.

3.1 “Mecanismo da governança regional”

3.1.1 Colegiado de Gestão Microrregional de Vitória da Conquista: institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos

Com as diretrizes do Pacto pela Saúde, nos seus três eixos (Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS), o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a) estabeleceu novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS, tendo como diretriz fulcral o processo de regionalização. O Pacto pela Saúde revisitou e atualizou os instrumentos experimentados na NOAS (PDR, PDI e PPI)²⁶, alicerçando-os num conjunto de reformas institucionais pactuadas entre os entes federados, substituindo o processo de habilitação pela adesão voluntária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), constituindo espaços regionais de planejamento e cogestão, representados pelos Colegiados de Gestão Regional ou Microrregional (CGR/CGMR), num processo de “*regionalização viva*” (Brasil, 2006a; 2007).

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010, p.2320), os Colegiados de Gestão Regional são a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se enquanto instâncias de cogestão no espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, “*com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos [as autoras] de ‘vazio’ de governança regional*”.

O Colegiado de Gestão da Microrregião de Vitória da Conquista (CGMR-VC) foi instituído pela Resolução CIB 143, em 9 de outubro de 2007 (Bahia, 2007b) e funciona regularmente desde esta data. É constituído por dezenove municípios, que compõem a respectiva microrregião de saúde e fazem parte da Macrorregião Sudoeste de Saúde, conforme desenho do PDR, atualizado pela Resolução CIB 132, em 20 de setembro de 2007 (Bahia, 2007b). Algumas características da gestão da saúde dos 19 municípios que compõem esta microrregião são apresentadas na Tabela 7.

²⁶Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI), Programação Pactuada e Integrada (PPI) são considerados os principais instrumentos normativos de planejamento da regionalização (Brasil, 2006a).

Tabela 7: Microrregião de saúde de Vitória da Conquista, municípios, população e características da gestão e dos gestores da saúde, 2012

Município	População (hab.) ¹	Gestão da saúde	Formação secretário de saúde	Ano que assumiu cargo**	Partido prefeito ² (2009-12)	Partido prefeito ² (2013-16)
Anagé	25.516	Estadual	Direito	2009	PTB	PT
Barra do Choça	34.788	Municipal	Administrador	2009	PP	PP
Belo Campo	16.021	Municipal	Enfermeiro	2010	DEM	PSD
Bom Jesus da Serra	10.113	Estadual	Pedagogia*	2008	PMDB	PSD
Caetanos	13.639	Estadual	Administrador	2006	PSB	PSDB
Cândido Sales	27.918	Estadual	Administração*	2011	PMDB	PSB
Caraíbas	10.222	Estadual	Nível médio	2007	PTB	PDT
Condeúba	16.898	Estadual	Geógrafo	2008	PMDB	PT
Cordeiros	8.168	Estadual	Enfermeiro	2009	PT	PSD
Encruzilhada	23.766	Estadual	Direito*	2010	PTB	PT
Maetinga	7.038	Municipal	Biólogo	2007	DEM	PT
Mirante	10.507	Estadual	Administrador	2009	PMDB	PMDB
Piripá	12.783	Estadual	Enfermeiro	2005	PDT	PP
Planalto	24.481	Estadual	Enfermeiro	2006	PP	PT
Poções	44.701	Estadual	Engenheiro	2009	PTB	PC do B
Pres. Jânio Quadros	13.652	Municipal	Farmacêutico	2009	PMDB	PT
Ribeirão do Largo	8.602	Estadual	Nível médio	2011	PT	PMDB
Tremedal	17.029	Estadual	Administração*	2009	PSC	PT
Vitória da Conquista	306.866	Municipal	Enfermeiro	2010	PT	PT

Notas: (*) estavam cursando. (**) Estavam no cargo em dezembro de 2011. (1) IBGE - Censo 2010. (2) Tribunal Superior Eleitoral (<http://www.tse.jus.br/>), (TSE, 2012).

De acordo com a tipologia nacional para os colegiados de gestão regional desenvolvida por Ferreira e Dini (2011), o CGMR-VC encontra-se, entre os quatro grupos estabelecidos, no grupamento socioeconômico com menor desenvolvimento econômico e humano e com predominância de um sistema de saúde com baixa densidade tecnológica. Em relação ao perfil de prestadores do SUS, o CGMR-VC posicionou-se no grupo intermediário, porque, segundo o estudo, tratam-se de regiões com presença expressiva tanto dos prestadores públicos, quanto dos privados, com os primeiros respondendo por 90% na produção ambulatorial, incluindo a média e alta densidade tecnológica e os últimos, na atenção hospitalar, respondendo por 60% dos leitos SUS.

A composição do CGMR-VC, não é paritária e constitui-se por dois representantes da SESAB (indicados pelo gestor estadual da saúde) e por todos os dezenove secretários municipais de saúde da microrregião (sem suplência).

Um dos representantes da SESAB no CGMR-VC (assim como nos demais CGMR) é o diretor da Regional de Saúde (20ª DIRES), também responsável por sua coordenação. A vice-coordenação é assumida por um dos secretários municipais de saúde, indicado pelos pares. Na microrregião de Vitória da Conquista essa atribuição, em 2011, estava na incumbência do secretário de saúde do município Presidente Jânio Quadros. A secretaria executiva do CGMR é de responsabilidade do município polo da microrregião, ocupada pelo secretário de saúde de Vitória da Conquista. O segundo indicado da SESAB como membro efetivo pertence ao nível central da SESAB, sendo representado no CGMR-VC por um técnico da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada (DIPRO). A representação de um participante do nível central é justificada, segundo Viana e Lima (2010b, p.21), *“pela necessidade de diminuir as influências políticas na atuação da própria SESAB em âmbito regional”*.

O mandato dos membros do CGMR segue, para os secretários municipais de saúde, o período de vigência da função no cargo no seu respectivo município e para os representantes do estado fica condicionado à indicação do secretário estadual de saúde, podendo, portanto, ser alterado conforme conveniência da SESAB. Nesse caso, por conta do pleito de 2012, com mudança de partido em dezesseis dos dezenove municípios (Tabela 7), há tendência de ampla alteração nas representações no CGMR-VC.

O funcionamento do CGMR-VC é de uma reunião ordinária por mês, distinto do regimento que recomenda reuniões bimestrais, podendo reunir-se extraordinariamente para tratar de assuntos especiais ou urgentes. As deliberações são tomadas por consenso dos membros presentes, com quórum mínimo estabelecido em regimento (maioria absoluta, isto é, no mínimo, metade mais um dos integrantes formais, contanto com a presença obrigatória de um representante do estado) (Bahia, 2007c). Essa lógica de trabalhar por consenso, de acordo com as observações realizadas em reuniões no colegiado, incentiva a manifestação de todos os gestores envolvidos, por isso, as discussões levam a tensões entre as partes, tendo, inclusive, uma reunião sido interrompida por conta de entrave insuperável em relação à definição dos municípios que receberiam uma “Casa de Parto” em resposta à política ministerial da “Rede Cegonha”.

Todavia, na perspectiva de um fórum democrático, a obtenção do consenso numa plenária em que todos os participantes precisam se manifestar, os pactos são mais demorados,

por outro lado, têm chance de serem mais sustentáveis (Silva e Labra, 2001). Nesses casos, o regimento prevê que, após duas reuniões consecutivas do CGMR sem resolução do impasse, a matéria seja encaminhada para discussão e decisão na CIB. Por sua vez, as decisões tomadas no colegiado são soberanas e somente poderão ser vetadas pela CIB, em caso de estarem em desacordo com a legislação vigente e/ou normas pertinentes ao tópico em debate. É importante frisar que, desde março de 2012, para facilitar o acesso público, as Atas das reuniões do CGMR-VC estão disponíveis *on-line* no sítio eletrônico da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada.

O regimento prevê, para organização do CGMR, uma plenária, uma secretaria executiva, câmaras técnicas e grupos de trabalho. As reuniões são abertas ao público, sendo facultado o direito à voz às pessoas não integrantes do colegiado, quando autorizado pela plenária e pela mesa coordenadora (Bahia, 2007c). As reuniões do CGMR-VC ocorrem na sede da 20ª Dires e a tolerância para início das sessões, de acordo com o regulamento, é de trinta minutos, a partir do horário marcado.

O descumprimento do horário das reuniões do CGMR-VC foi um problema observado, nas oito reuniões (ordinárias ou extraordinárias), observadas na pesquisa de campo, no período de setembro de 2011 a março de 2012. A continuidade dessa prática é também revelada nas Atas, das reuniões de abril a setembro de 2012 (não houve reuniões em janeiro e fevereiro de 2012). As reuniões, agendadas para 8h e 30min, começavam com atrasos de até 3 horas, sendo que a falta de quórum por ausência de alguns secretários de saúde foi o principal motivo, frisando que o quórum mínimo no CGMR-VC é de onze membros efetivos na plenária, requerendo, pelo menos, a presença de dez secretários municipais de saúde. Os atrasos constantes de secretários municipais de saúde ou mesmo da coordenação e/ou vice-coordenação do CGMR-VC, ainda que em desacordo com o direcionamento do regimento, não deflagraram, nos participantes, ações que exigissem o seu cumprimento, salvo algumas reclamações pontuais e pedidos frequentes da coordenação do CGMR-VC para que tal conduta fosse revertida. Todavia, é importante salientar que não há mecanismos legais para coibir a não participação ou os atrasos, por isso, talvez, haja tolerância e alargamento do tempo de espera, na busca de cumprir, pelo menos, os ritos necessários à aprovação de demandas burocráticas requeridas pela CIB e SESAB. Podemos, ainda, julgar que, sendo o colegiado um órgão de deliberações às demandas que precisam ser responsabilizadas, num contexto que necessita de integração dos sistemas de serviços de saúde numa rede regionalizada, existem muitas fragilidades na condução e participação dos envolvidos e “responsáveis” por direcionar o processo.

Percebemos que os atrasos comprometiam a qualidade dos debates, pois: 1) muitos participantes que cumpriam o horário relatavam insatisfação, cansaço e desprestígio diante de outros membros efetivos que sempre atrasavam; 2) as discussões eram encurtadas para cumprir a pauta, ou a pauta, muitas vezes, não era esgotada, sendo necessária a marcação de reuniões extraordinárias; 3) temas importantes (para gestão de políticas de saúde) eram debatidos com brevidade e sem aprofundamento; 4) alguns secretários acabavam saindo antes do término da reunião, para resolver outras necessidades; 5) as reuniões comprometiam o horário de almoço, gerando protestos da plenária e solicitação de abreviação dos debates. O desabafo do entrevistado sintetiza essa problemática:

Atrasos nas reuniões: “acabam votando sem saber” e “as reuniões perdem o foco”...

[...] eu mesma, hoje, cheguei à reunião às nove e meia. Porque eu chegava às oito horas e nunca começou. Começava 10h-11h, já começou até 11h30min e, se eu soubesse que ela começava 11h30min, procuraria me organizar para chegar às 11h30min, e ir embora, na hora que terminar. [...] isso dispersa, até por conta de ficar uma coisa muito longa e cansativa. [...] eles acabam votando naquilo sem saber no que estão votando, como aconteceu na linha de cuidado que eles votaram sem saber. [...] às vezes, as reuniões perdem o foco, [...] tinham que ter uma pauta definida como está tendo, ultimamente. Deveria começar no horário (Ent.17, GE).

Todavia, os atrasos parecem ser apenas a ponta do *iceberg*. Nas observações no CGMR-VC e os argumentos dos entrevistados apontam para dificuldades que comprometem a lógica de um “colegiado gestor”. Os problemas estão relacionados ao descompromisso e desatenção de alguns secretários de saúde durante a plenária, à presença do gestor da saúde condicionada à existência de pauta de interesse do próprio município em detrimento da solidariedade regional, à compreensão e ao posicionamento contrário de alguns secretários de saúde acerca da regionalização e da construção de redes de saúde intermunicipais e compartilhadas. Muitas dessas questões foram relacionadas à inexistência de formação técnica dos secretários de saúde (Tabela 7) e à competência para exercerem o cargo de gestor da saúde. Os depoimentos, a seguir, desvelam alguns desses pontos,

Presença do gestor da saúde condicionada à existência de pauta de interesse do próprio município...

[...] há uma fragilidade quando você vê esvaziamento de gestores, mesmo estando na reunião, um “entra e sai”. Um movimento que a gente percebe que não há uma atenção dedicada para aquele momento. Então, quando a pauta é do município “X”, aí você tem a presença daquele determinado município e a articulação dele com os demais para se fazer presente na reunião. [...] quando tem investimento, quando tem um recurso novo, quando tem uma possibilidade de incrementar a rede a gente vê um movimento maior dos gestores nesse sentido (Ent.5, GM).

Incompatibilidade técnica no exercício da função gestora...

[...] gestor é um cargo de confiança, porém ele é nomeado pela confiança do prefeito, e nem sempre quem detém as informações técnicas coincide com a pessoa de confiança do prefeito, muitas vezes ele é só de confiança, então tem essa dificuldade. [...] Tem muito secretário que entra na reunião [do CGMR] e você tem a nítida sensação que ele não está entendendo absolutamente nada [...] (Ent.7, GM).

Descompromisso e desatenção durante a plenária...

[...] falta mais comprometimento dos secretários nas reuniões [CGMR]. [...] fica muito solto, muitos não dão importância, não participam. [...] às vezes, apresentamos um projeto importante, uma portaria nova, uma coisa nova. Uns dão importância, outros não e as reuniões ficam um pouco tumultuadas. [...] poderiam aproveitar melhor esse espaço, que é um espaço muito bom. [...] (Ent.12, GM).

CGMR como espaço burocrático...

[...] falta nesses espaços [CGMR] momentos de discussão, pois não estamos discutindo a regionalização, a rede, não se fala sobre isso, as coisas estão nessa lógica. [...] Então, tem uma portaria nova falando de território, mas não se discute sobre isso. [...] Eles chegam lá, ficam ao telefone o tempo inteiro. Como vão focar e discutir? [...] (GF-GE).

O CGMR, ainda assim, é um espaço democrático e com potencialidades para engendramento de políticas de saúde que dependem de cooperação e compartilhamento de responsabilidades na gestão, abrindo espaço para a negociação de perspectivas diferentes. Os registros de campo, durante observações, captaram que o CGMR-VC tem sido palco de aprendizagem para a gestão municipal, uma vez que, mesmo, às vezes, discordando em publicizar as ações locais, os secretários de saúde necessitam negociar entre os pares, visto que, muitos projetos e financiamentos para os municípios passaram a exigir o aval do colegiado, antes de ascender à CIB. Para Campos (2006, p.434), *“nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior. No entanto, somente o fato de obrigar os mais poderosos a compartilharem a elaboração de diagnósticos e a tomada de decisão implica grandes mudanças”*. A dinâmica interna do CGMR-VC reflete essas assimetrias de poderes (técnico e/ou político) historicamente estabelecidos nos territórios, mas tem possibilitado trocas de experiências entre os municípios da microrregião, estreitando os discursos entre os gestores, pois, para alguns entrevistados essa articulação entre gestores era uma possibilidade remota, visto que as disputas aconteciam em reuniões da CIB, em Salvador e, por causa da distância, não contava com a participação efetiva de todos os gestores. Além disso, faz parte da rotina das pautas de reuniões do CGMR-VC a apresentação e discussão de novas políticas federais e estaduais, geralmente conduzidas por técnicos da SESAB e da

DIRES, servido para indução, via estímulo financeiro, para que os secretários de saúde adotem determinadas medidas de fortalecimento regional.

Do ponto de vista organizacional, o CGMR-VC permanecia, em 2011, sem Câmara Técnica e com grupos de trabalhos pontuais e restritos a demandas normativas e induzidas por linhas de financiamento verticais, pois não há uma cultura institucional de planejamento regional que indique as necessidades comuns aos territórios e que ascenda aos demais entes subnacionais e redefina as pautas de prioridades. Além disso, alguns instrumentos internos importantes para o andamento dos trabalhos e que poderiam instrumentalizar o planejamento, como Plano de Ação Regional (PAR) e Plano Diretor de Investimento Regional (PDI), não se constituíram enquanto ferramentas operacionais no colegiado microrregional, que permanece “apagando incêndio”. As observações e relatos de gestores revelaram que o PAR e PDI são instrumentos burocráticos concebidos de forma pulverizada entre os municípios, que aglutinam dados do sistema de informação em saúde, nem sempre atualizados, guiados pela oferta e pela série histórica de prestação de serviço, reproduzindo os vazios assistenciais, sem uso de levantamentos epidemiológicos que retratem as condições de saúde nos territórios. As falas, a seguir, reportam-se a tais situações,

Pautas induzidas por demandas ministeriais e burocráticas...

[...] existe essa coisa do pouco amadurecimento em relação ao entendimento de regionalização, as pautas já vêm de uma política que está pré-estabelecidas. Você tem agora claramente sendo discutida a política de urgência. Então, todo mundo se articula porque: “Ah, eu não tenho rede de urgência, eu não tenho suporte para atender no meu território, então vamos discutir a rede de urgência”. Ainda não houve um amadurecimento no sentido da gente dizer: “Nós estamos precisando discutir determinado ponto para fortalecer a região” (Ent.5, GM).

Debates focados nas questões imediatas, sem espaço para discussão do modelo de atenção na rede...

[...] as reuniões do CGMR que eu assisti e participei, foram muito ligadas à questão de controle de vagas em hospitais, de atenção às urgências e emergências. Nunca vi uma discussão amadurecida sobre os problemas de saúde da população, essa coisa eu nunca presenciei no CGMR (Ent.14, GR).

Ausência de planejamento para a organização da rede microrregional...

[...] os municípios trabalham apagando incêndio. [...] acabam gastando recurso onde não era prioritário. E desenvolvendo ações e investindo o tempo das pessoas em ações que talvez não fossem as prioridades a serem investidas (Ent.17, GE).

O CGMR-VC é um espaço institucional deliberativo, o que lhe confere um *status* de governança locorregional com potencialidade de interferir nas políticas regionais por meio de seus agentes (secretários de saúde). O grande desafio reside na necessidade de consenso entre os pares municipais que gozam de graus distintos de autonomia (técnica e política) para intervirem e produzirem políticas de saúde de caráter regional, sem que estas colidam com os

interesses particulares de diferentes agentes municipais consolidados no espaço do poder local. Nesse aspecto, O CGMR é uma instituição criada do topo para a base (*top-down*), na busca de minimizar os “efeitos paradoxais” (Campos, 2006) da descentralização sobre questões que são de interesse coletivo, que plasmam as fronteiras e que requerem que planejamento e ação sejam compartilhados e cogestionados. Ainda assim, assistimos no CGMR-VC uma reprodução do poder local que se articula, por indução, a outros poderes locais, mas sem, essencialmente, redefinir novos cenários e que, por conseguinte, forjam uma rede de atenção à saúde sem identidade solidária, ainda que interdependente. Nesse caso, ainda que o CGMR seja uma promissora estratégia de gestão pública, a delegação de poderes está condicionada à decisão política do executivo de cada ente subnacional, que se faz representada na figura do secretário, sucumbindo as decisões técnicas aos mecanismos do jogo partidário. Assim, o jogo de poder na dinâmica do CGMR-VC é dúbio, pois se por um lado alimenta a noção de fortalecimento regional, por outro está capturado pelas forças hegemônicas locais para o avanço e conservação do *status quo*. Para Baremlitt (1994, p.35) “as instituições, organizações, estabelecimentos e práticas apresentam uma função. Esta função está sempre a serviço das formas históricas de exploração, dominação e mistificação que se apresentam nesta sociedade [...] Função é sinônimo de reprodução: é a tentativa de reiterar o igual, de perpetuar o que já existe, aquilo que não é operativo para acompanhar as transformações sociais”.

Sob essa óptica, os argumentos dos entrevistados denunciam que a interferência política e a baixa autonomia dos secretários de saúde evidenciam a fragilidade do processo decisório no colegiado microrregional e as ingerências nos territórios. Poucos são os secretários de saúde responsáveis pela gestão financeira da saúde em seus municípios e, por isso, não conseguem definir as políticas locais de saúde sem a anuência prévia dos prefeitos. Os relatos dos gestores sintetizam esse jogo de interesses,

Secretário de Saúde não gere o Fundo Municipal de Saúde...

[...] a maioria dos municípios é assim, o secretário vai atrás, corre atrás das políticas, traz tudo, mas na hora de ordenar, quem ordena é o tesoureiro da prefeitura ou o secretário de administração da prefeitura e, o secretário de saúde, [...] começa a assumir responsabilidade de muita coisa e não sabe nem o que está acontecendo. [...], porque ele não tem autonomia para contratar, não tem autonomia para contratualizar um serviço ou um prestador [...] (Ent.1, GM).

“Prioridades sanitárias”, no CGMR, definidas por questões partidárias...

A política partidária interfere diretamente no funcionamento do CGMR. Tudo que se faz ou que se pretende fazer dentro de um município no que diz respeito à saúde pública, a política partidária interfere. [...] Tenho uma área de um determinado vereador ligado ao prefeito e tenho outra microárea que não é ligada ao prefeito, ou que o prefeito não teve uma votação expressiva. [...] como aquela localidade não

teve votação, apesar de uma densidade populacional maior [...], eu fui obrigado pelo prefeito a abrir no bairro que o vereador representa e é do prefeito. Posso abrir esse PSF onde eu quero? Não! Infelizmente tenho que abrir onde o vereador quer e onde o prefeito determinou! Porque, se eu não abrir e sustentar a tese de que não vou abrir, aí o vereador fala: “Ou eu, ou o secretário”. O prefeito prefere o quê? O vereador na bancada aprovando os projetos dele (Ent.3, GM).

Paradoxo entre colegiado regional e interesses locais...

[...] esse olhar solidário, compartilhado de responsabilidades é uma grande utopia! Primeiro você não pode garantir que [...] o gestor do município “A” pense solidariamente no sentido de crescimento da região com o município “B”. [...] se eles são de partidos políticos diferentes, eles têm uma ideologia diferente. [...] Mas se eles pensam de forma diferente, então, o que interessa enquanto ator político no território é manter o poder, com os métodos que são os métodos que ele sabe trabalhar, que é o que o partido defende, ou o que a linha política traz. E para isso, muitas vezes, para reproduzir o poder, nem sempre ser republicano é o melhor caminho (Ent.15, GE).

Tais questões agravam-se quando associadas ao despreparo dos secretários de saúde, pois são cargos de confiança, nem sempre associados à competência técnica. Para superar a lacuna técnica de alguns secretários de saúde (ou, simplesmente, para agregar força e/ou qualificar as intervenções dos secretários municipais de saúde), esses vão acompanhados por pessoal de apoio, geralmente coordenadores e técnicos de programas das secretarias municipais de saúde, às reuniões do CGMR-VC. Nesse sentido, a presença dos técnicos das secretarias, ainda que não seja deliberativa (não têm direito a voto), configura numa importante força interna, pois participam dos debates e influenciam as decisões com argumentos mais qualificados. Essa experiência de maior adesão dos técnicos das secretarias nas plenárias, também, foi constatada por Assis et al. (2009), na implantação de CGMR na região de Campinas, em São Paulo. Os recortes adiante evidenciam esse contexto na microrregião de Vitória da Conquista,

Debates qualificados pela presença de técnicos das SMS no CGMR...

[...] aí tem os técnicos. [...] na verdade ele [secretário] tem o poder de decisão, mas a reunião é aberta para os técnicos e você vê a movimentação partindo dos técnicos das secretarias, então, isso enriquece também a discussão, pois é quem vive diariamente na ponta, mas [...] eu acho que a gente poderia ter, às vezes, um colegiado muito mais rico, buscando outras experiências e você tem, às vezes, discussões, ali, muito elementares. [...] (Ent.7, GM).

Secretários sem perfil e sem competência técnica para gerir políticas de saúde...

Tem secretário de saúde que não tem o perfil para assumir aquela secretaria e muitos secretários, também, que não assumem realmente o seu papel. Então, deixa muito a cargo de um assessor, de um coordenador, de outro a resolver. Então, como ele não resolve..., quem resolve, de fato, dentro do seu município são os coordenadores. As reuniões com os coordenadores são muito mais produtivas do que a deles. Porque os coordenadores sabem que, no fundo, quem tem que fazer aqueles projetos, que tem que elaborar e construir tudo são eles. Porque o secretário, alguns sempre terminam deliberando e quem termina assumindo, às vezes, até o papel do próprio secretário é o coordenador. Então, eles sabem que terão que responder por aquilo e se

comprometem muito mais. Mas isso vai de cada secretário que queira assumir ou não o seu papel (Ent.12, GR).

[...] dá pena, a gente vê de repente secretários que mal se prestam para assinar ofícios, para assinar os documentos, porque eles não têm condições nenhuma de conduzir uma política e de fazer a questão política dentro da Secretaria de Saúde no atendimento à população, o que normalmente, meramente ele faz (Ent.13, GR).

Os achados concernentes ao CGMR-VC mostram que a sua institucionalidade está bem delimitada no aspecto burocrático, com fluxos administrativos com as secretarias municipais de saúde e com os demais órgãos colegiados bem estabelecidos. Por sua vez, a dinâmica dos sujeitos explicita os atravessamentos típicos de uma instituição que tem o desafio de compatibilizar interesses díspares, em cenário de intensa disputa de poder. Com isso, percebemos, também, a potência dos agentes do CGMR-VC, pois as contradições e as diferentes visões de mundo em disputa, nunca são capturadas totalmente pelo instituído. Há, segundo Barembliitt (1994), zonas de fuga que transversalizam as instituições e permitem que os sujeitos não se reduzam à ordem hierárquica, ou seja, brechas que criam dispositivos “*que não respeitam os limites das unidades organizacionais formalmente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativos, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas*” (p.38). Essa pode ser a força ou a fragilidade do CGMR-VC, posto que dependa de como essas brechas são ocupadas e quão voltadas às necessidades sociais são suas intenções.

3.1.2 Micropoderes nas instâncias colegiadas e o papel de “apoiador institucional” da Dires no processo de regionalização na Microrregião de Vitória da Conquista

O CGMR-VC, também, alterou a força e a função de alguns órgãos colegiados na microrregião. A CIB “Macro Sudoeste”²⁷ perdeu a função, sendo substituída e tendo suas

²⁷ As Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais (CIB Macro), regulamentadas pela Resolução CIB 145/2007, são instâncias colegiadas com delegação da CIB-BA para discussão, negociação e pactuação das questões do SUS dentro do conjunto dos municípios correspondentes às nove Macrorregiões de Saúde estabelecidas pelo PDR (Bahia, 2007b). Contudo, diferente do CGMR que tem representação de todos os municípios, a CIB Macro eram compostas paritariamente por representantes, titulares e suplentes, do Estado e dos municípios tendo a seguinte constituição: I) Do Estado: um representante do nível central da SESAB e representantes das Dires ou Unidades de Saúde Estaduais na mesma quantidade das microrregiões que compõem a macrorregião para a qual a CIB Macro está sendo constituída. II) Dos municípios: um representante do CONER e um representante de cada microrregião que compõe a macrorregião para a qual a CIB Macro for constituída. Os coordenadores das CIB Macro eram indicados pelo coordenador da CIB.

atribuições incorporadas ao fluxo de decisões da CIB pelo colegiado microrregional, mesmo porque, a regulamentação das CIB Macro, na Bahia, é coincidente com o movimento de implantação dos CGMR, não chegando a firmar-se enquanto órgão representativo da macrorregião Sudoeste. Da mesma forma, o Conselho Estadual de Representantes Regionais (CONER)²⁸ perde relevância e passa a ser uma instância com escassa expressão local, pois os secretários que fazem parte de sua composição, também, estão no CGMR, além disso, é no colegiado microrregional que as deliberações regionais são tomadas de fato e conduzidas diretamente à CIB, ou seja, *“altera a lógica de organização do próprio COSEMS, na medida em que os municípios se fazem presentes nos CGMR, independentemente de sua representação no CONER”* (Viana e Lima, 2010b, p.25). Viana e Lima (2010b) complementam que, a reconfiguração das representações regionais nos órgão colegiados, na Bahia, foi importante porque havia *“dificuldades de articulação interna no COSEMS, o que muitas vezes comprometia a representatividade dos municípios na CIB”* (p.13).

Por outra via, a 20ª DIRES passa a assumir um papel protagonista na coordenação do CGMR-VC. Mesmo sem interferir diretamente nas decisões da plenária, converte-se em uma voz que perpassa e medeia os debates no processo de negociação regional. É importante destacar que a direção da DIRES sempre foi um cargo de confiança da SESAB que, por sua vez, é permeável às forças políticas regionais, sendo, portanto, uma instância com relevante peso político-partidário (Coelho e Paim, 2005; Guimarães, 2003). O envolvimento partidário da direção da 20ª DIRES (coordenação do CGMR) é visto com preocupação pelos gestores municipais de partidos de oposição ao governo estadual, ao passo que é destacado, pelos demais, como facilitador na condução das pautas no colegiado microrregional. Um dado interessante, que emergiu das entrevistas, destaca as disputas internas entre SESAB e COSEMS na construção do regimento para os CGMR da Bahia. Nessa direção, o COSEMS protagonizou uma luta pela divisão de poder dentro dos CGMR, para tanto, propôs uma Secretaria Executiva, sob a responsabilidade do secretário municipal da cidade polo da microrregião, com a intenção de tornar a condução interna do CGMR compartilhada entre DIRES (estado) e COSEMS (município), uma vez que, tanto a CIB Macro, quanto o CONER perderam espaço nas regionais. Os recortes destacados, a seguir, trazem os elementos desse debate,

²⁸ O CONER é uma instituição regional representativa do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Seus membros, eleitos nas regionais, são os indicados pelo COSEMS a comporem a CIB.

Direção da DIRES é permeável às forças políticas regionais ligadas ao governo estadual...

[...] a direção da DIRES é composta por pessoas que foram indicadas e que são ligadas basicamente ao governo do Estado [...]. Então, o que acontece? A política partidária de Vitória da Conquista [partido do governo estadual], especificamente, influencia muito nas decisões do colegiado. [...] a grande problemática com a direção da DIRES é a questão político-partidária [...] (Ent.3, GM).

Mesma bandeira partidária ameniza os conflitos entre DIRES e municípios...

[...] foi outro momento de relação política entre o município [Vitória da Conquista] e a 20ª DIRES, pois existia uma relação de troca, de confiança, de parceria. Isso viabilizava muita coisa. Então, o trabalho entre a regional [DIRES] especificamente na coordenação do colegiado [CGMR] e a Secretaria Executiva [Vitória da Conquista] era muito tranquilo, não havia competição. Muitas vezes, a DIRES incluía ponto de pauta que era importante e não havia nenhum movimento contrário para retirar tal ponto de pauta. Isso, de alguma forma, dava alguma harmonia nesse sentido de conduzir o colegiado. Embora, em outros territórios, em outras regiões [outras Micros], isso tenha sido objeto de grandes conflitos, de chegar até a Bipartite Estadual [CIB] (Ent.15, GE).

Dividir para somar: os bastidores das representações no CGMR...

No desenho para resolução CIB, que trata da implantação dos colegiados e do desenho [das microrregiões], a administrativa do colegiado [CGMR] é remetida a regional [DIRES]. Então, a Secretaria Executiva do colegiado [CGMR] foi desempenhada por um movimento de pressão e negociação do COSEMS e é assumida pelo gestor do município sede daquela micro. Por quê? Porque essa Secretaria Executiva é quem ia receber o recurso federal para a estruturação do colegiado, é quem ia fazer essa coordenação financeira. Era uma forma de dividir um pouco o poder [...]. Então, na época, o COSEMS trouxe essa definição da Secretaria Executiva [...], isso dividia um pouco o poder, e a construção das pautas do colegiado [CGMR] tinha que passar, necessariamente, pela Secretaria Executiva [município] e pela coordenação do colegiado [estado], ou seja, seria uma construção bipartite (Ent.15, GE).

A correlação de forças políticas e os micropoderes nas instâncias colegiadas (CIB, COSEMS, CONER e CGMR) e em organizações-chave como a DIRES e hospitais regionais, na microrregião de Vitória da Conquista, revelam as interações intergovernamentais com forte interferência político-partidárias que, por sua vez, remetem um histórico de lutas entre algumas cidades baianas e a gestão estadual mais conservadora, num período conhecido como “carlismo” (Dantas Neto, 2003). Sobre esse tema, Coelho e Paim (2005, p.1375) denunciam que, no início dos anos 2000, “*as demandas políticas também permitiram a ocorrência de certos privilégios a favor dos municípios mais ‘alinhados’, que teriam sido mais ‘aquinhoados’, por exemplo, no processo da municipalização, em termos de recuperação e investimento das unidades cedidas*”. Além disso, vários estudos reforçam que as forças nos órgãos colegiados de gestão tendem a não ser equivalentes, com predominância das secretarias estaduais de saúde na condução e definição de pautas segundo suas prioridades sobre os municípios (Solla, 2006; Silva e Labra, 2001; Milani, 2006; Molesini et al., 2010), inclusive por presidir a CIB e os CGMR.

No que diz respeito às DIRES, tratam-se de instituições que atravessaram as diferentes fazes do processo político-partidário e das distintas intenções das políticas de saúde no estado. Ressaltamos que seu desenho original precede ao PDR, por conta disso, seu território de abrangência, nem sempre, coincide com a microrregião de saúde, algumas vezes, mais de uma DIRES está numa mesma microrregião. As interferências políticas corroeram sua credibilidade perante os municípios que compõem sua área de adscrição, afastando aqueles que conseguiram maior autonomia técnica e com gestões mais autossuficientes. Além disso, indefinições acerca de seu lugar na rede, a falta de investimento em equipamentos de suporte e sucateamento de suas sedes, a diminuição e a não renovação no quadro de funcionários, bem como, a precarização do trabalho, comprometeram a qualidade técnica de muitos profissionais alocados nas regionais de saúde, contribuindo para ofuscar o papel das DIRES e comprometer sua credibilidade como coordenadora do CGMR. As entrevistas atestam esse quadro,

Maior autonomia dos municípios e esvaziamento das funções das DIRES...

[...] a DIRES vem perdendo espaço com a municipalização da saúde e com a descentralização das ações. A DIRES perdeu grande parte do seu papel, tanto que houve uma redução muito grande de técnicos e profissionais. [...] às vezes, a demanda que levamos, a DIRES não consegue dar suporte. Aí, a gente busca realmente a SESAB. [...] a DIRES é um apoiador institucional, principalmente, para os municípios mais frágeis do ponto de vista técnico e de população (Ent.7, GM).

Descompasso informacional e fragilidades no processo de apoio à regionalização...

[...] a própria regional, pela cultura como se deu o processo de inserção, como a DIRES apareceu no contexto antes do SUS e como ela aparece pós-SUS (NOB, NOAS, Pacto). [...] pela forma como as DIRES se inseriram nesse contexto, elas, ainda, não têm aquela postura de apoio para a regionalização que a gente necessita. [...] existem atores que fazem destaque dentro da regional tentando motivar essa discussão. Mas em linhas gerais, a visão dos técnicos, ainda, não está focada no apoio regional. [...] A diretora, eu faço destaque, ela tem essa visão regional, propõe e participa das discussões, mas a DIRES não é a diretora. [...], às vezes, você faz contato com o Ministério da Saúde que lhe dá uma informação, você faz contato com o Estado, ele dá outra informação, e a DIRES, em algumas situações, não está sabendo nem que aquela determinada política tem determinado tempo e deve ser executado de tal forma. Então, eu percebo que há uma falta de diálogo entre as três esferas até chegar ao apoio do município (Ent.5, GM).

Deslegitimação das DIRES...

[...] tinha o próprio movimento de sucateamento das regionais, de loteamento de cargos, de falta de qualificação de profissionais, de técnicos, enfim, e o esvaziamento das regionais de saúde, foi o que se deu. Elas passaram a ter um papel, no processo história do SUS na Bahia, muito para ocupação de cargo político, para a representação política do deputado A, B e C, ligado ao governo, do que para ser um espaço de construção do processo de regionalização e do seu fortalecimento. Então, passamos a ter DIRES absurdamente esvaziadas e do ponto de vista técnico, altamente comprometidas. Do ponto de vista de qualificação técnica, uma aridez muito grande e, isso, se rebateu depois nos colegiados [CGMR]. De que forma? Se você tem dentro do conjunto de gestores de municípios que compõem o colegiado, um município que tem uma capacidade técnica melhor, ele tende a dominar a cena e a conduzir o processo (Ent.15, GE).

Percebemos, ainda, dois movimentos principais que vêm modelando o papel institucional das diretorias regionais de saúde: a descentralização e a regionalização (pós-Pacto pela Saúde). Mediante a descentralização, os municípios tornam-se autônomos nas políticas e passaram a depender menos das intermediações das DIRES, mesmo porque, as condições estruturais e técnicas impuseram restrições consideráveis a um apoio qualificado. Além disso, para acesso à SESAB e seus órgãos da administração da saúde surgiram fluxos de informação e mecanismos paralelos à DIRES, por conseguinte, houve, em muitas circunstâncias, superposição e/ou esvaziamento das ações desempenhadas pela regional de saúde. O regimento da SESAB (Bahia, 2008, p.10) prevê que as DIRES “*atendam a descentralização de responsabilidades administrativas e atividades de gestão junto às instâncias municipais*”, porém, tal atribuição, além de pouco esclarecedora, teve interpretação livre conforme o perfil do diretor e do pessoal técnico.

Nos territórios, com uma maior autonomia municipal, as DIRES passaram a exercer um papel burocrático, intermediando a consolidação de dados de alguns programas dos municípios da microrregional e encaminhando para a SESAB, realizando visitas e supervisões aos municípios, visando enquadrá-los às normas das portarias ministeriais e programas estaduais, fazendo a distribuição de insumos (medicamentos, vacinas, equipamentos, insumos administrativos, entre outros) aos municípios em gestão estadual ou com pouco suporte na rede própria e realizando capacitações para os profissionais dos municípios da microrregião, mas sem um planejamento regional, atendendo a demandas prescritas no nível estadual. Essa questão é compreendida *vis-à-vis* ao processo de descentralização que, nos anos noventa, alterou o papel tradicional das secretarias estaduais de saúde de executores de ações a coordenadores e planejadores (Silva e Labra, 2001), esse aspecto parece ter incidido sobre as DIRES, pois a descentralização acelerou o processo de esvaziamento de suas atribuições.

Em contrapartida, no caso específico da 20ª DIRES, a pesquisa revelou que há um papel diferenciado na microrregião de Vitória da Conquista, notadamente, no processo de apoio à regionalização desencadeado pelo Pacto pela Saúde. Ainda que persistam alguns dos elementos apontados anteriormente, o processo de regionalização parece ter contribuído para reformulação do processo de trabalhos dos profissionais dessa regional, mas, ainda, com limites e críticas internas (própria DIRES) e externas (municípios). Para DIRES, um dos grandes desafios é assegurar autonomia técnica e fluxos transparentes dentro da SESAB, superar a fragmentação interna entre as várias áreas e programas e fortalecer a capacidade técnicas de seus funcionários para que compreendam e contribuam com o processo de regionalização. Para os municípios, os profissionais da 20ª DIRES buscam desenvolvem um

importante papel de “*apoio institucional*”²⁹, com destaque para os técnicos da coordenação da Atenção Básica que têm estreita articulação com a Diretoria de Atenção Básica (DAB) da SESAB e com as secretarias municipais de saúde. Apesar disso, trata-se de um papel, ainda frágil, fracionado e dirigido, particularmente, aos municípios menores e com baixa capacidade técnica na gestão. Os argumentos destacados abordam algumas das questões levantadas,

Papel proativo da 20ª DIRES na regionalização...

[...] a nossa DIRES é muito atuante [...], em relação ao Pacto, a DIRES fez inúmeras reuniões de sensibilização, já chamou prefeitos, gestores e tudo. [...] Só que a 20ª DIRES tem que tentar sensibilizar o gestor. E o principal gestor que tem que ser sensibilizado é o prefeito [...] A equipe da Coordenação da Atenção Básica da 20ª DIRES é muito atuante. Todos os meses, chamam para a reunião da atenção básica para saber, para avaliar e acompanhar indicadores. Só que a gestão municipal é autônoma. Então, a 20ª DIRES pode fazer o papel de quê? De apoiar: “Eu apoio você, estou disposta a te apoiar”. Mas precisa saber se a gestão está querendo esse apoio e se está querendo abarcar as ideias que a 20ª DIRES está propondo para melhorar aquela gestão, pois nem sempre está (Ent.1, GM).

A DIRES é muito atuante aqui. Sempre que a gente precisa, a gente liga, às vezes vem aqui, vem fazer supervisões. Então é bem presente. Ajuda na execução dos projetos e está presente em tudo. Quando vem fazer supervisão, também, dá apoio, às vezes, vai ao prefeito, vai ao secretário... E, às vezes, a gente fala sobre nossa ansiedade, o que a gente não consegue fazer... Eu acho que se não fosse a DIRES, estaríamos numa situação bem pior (Ent.4, GM).

20ª DIRES: papel de destaque para os municípios mais frágeis...

[...] a aproximação maior é com os municípios menores. Eu acho que é porque eles solicitam mais da DIRES. Eles pedem mais ajuda, solicitam mais. Já Vitória da Conquista é um pouquinho mais independente da regional (Ent.12, GR).

Indefinição do papel da DIRES nas políticas de saúde da Bahia...

[...] reconhece-se o quanto a DIRES é importante para o trabalho proposto no nível central da SESAB. Mas parece que dentro da SESAB, as DIRES estão num processo fragilizado. Elas não estão conseguindo ter uma definição, ter um trabalho mais concreto, ter um apoio, tanto apoio financeiro, como apoio logístico da SESAB. Então muitas sucateadas, estão tendo dificuldade incrível, e a região Sudoeste [CGMR-VC] não é diferente. A proposta grandiosa [apoio institucional da DAB] que a SESAB estava tentando colocar para a macrorregião, vimos que não daríamos conta, então começamos a fortalecer as DIRES (GF-GE).

²⁹ Apoio Institucional: prática de gestão que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Tem como diretriz operante a Democracia Institucional e a Autonomia dos Sujeitos, ou seja, se conforma como um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários, não produtores de autonomia dos sujeitos e coletivos. Baseia-se na relação horizontal e no princípio da afetação e Educação Permanente promovidos nos encontros entre pessoas e coletivos. Objetiva transformar as relações de supervisão em relações que produzam a democratização e publicização dos processos de gestão e de decisão, fazendo com que estas últimas sejam tomadas a partir da análise e discussão coletiva, promovendo a autonomia de sujeitos e coletivos. Reconhece as especificidades locorregionais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e coletividades. Possibilita a promoção de vínculo, interlocução entre diferentes atores sociais, corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e Educação Permanente nos processos de trabalho na saúde (Bahia, 2013a, p.19).

Podemos considerar que a 20ª DIRES reflete as ambiguidades do processo de regionalização burocrático e verticalizado, uma vez que a regionalização não nasce de demandas dos poderes locais, ou seja, avança por indução financeira e por mecanismos de habilitação por adesão às normas operacionais. Nesse ínterim, a relação da DIRES com os demais municípios não logrou acúmulo político e técnico para conduzir processos de planejamento compartilhado. Além disso, na microrregião, profissionais da 20ª DIRES, no contexto de regionalização e pacto pela saúde, deparam-se com um município (Vitória da Conquista) que despontou precocemente (final dos anos noventa), no cenário baiano, na qualificação, ampliação e diversificação da oferta, a despeito da política estadual que tentava boicotá-lo por divergências político-partidárias (Solla, 2010; Guimarães, 2003). Nesse percurso, o município acumulou larga experiência na gestão e organização de serviços e, por isso, tornou-se referência aos demais da mesma região, seguindo uma trajetória mais autônoma, com capacidade técnica que suplantava a própria DIRES. Segundo o entrevistado tal questão,

[...] volta-se para o processo histórico, para a relação de Vitória da Conquista com o Estado. O município avançou sozinho e nesse processo de construção, garantiu uma independência. Ou seja, construiu sozinho porque não tinha apoio do Estado [até 2007] e da regional de saúde [DIRES] naquele momento. [...] então, isso acabou empoderando Vitória da Conquista tecnicamente. Ela [cidade] acabou se sobrepondo a própria DIRES, os técnicos do município tinham mais capacidade técnica de elaboração de projetos do que a regional (Ent.15, GE).

Essa singularidade justifica, por exemplo, o fato de que a 20ª DIRES mesmo num contexto de convergência de interesses partidários no âmbito do Pacto pela Saúde (a partir de 2007) não tem presença técnica significativa em Vitória da Conquista, em contraposição, a sua forte atuação nos pequenos municípios.

3.2 “Financiamento regional e relações público-privadas”

3.2.1 Relação público-privada na Microrregião de Vitória da Conquista: implicações do financiamento do SUS e a subordinação dos territórios à lógica de interesses privados

As relações institucionais para construção de uma rede regionalizada de serviços no âmbito do SUS extrapolam os entes públicos e incorporam uma miríade de arranjos e acordos

entre as esferas públicas e privadas (instituições e sujeitos) para provisão de ações e serviços de saúde que não são, suficientemente, ofertados pela rede própria do SUS e que precisam ser complementados. Trata-se de um tema capcioso, mas central, visto que “*esse binômio corporifica, no Brasil, impasses histórico-sociais, como a concentração de renda e o predomínio de interesses de grupos e setores econômicos*” (Heimann et al., 2010, p.208).

A microrregião de Vitória da Conquista, composta por dezenove municípios, revela uma permeabilidade aos interesses privados nas práticas profissionais (sobretudo médicos), no comportamento de algumas instituições (particularmente hospitais) e nas definições político-partidárias, que contrariam a possibilidade de construção de redes solidárias, com integração dos serviços e coordenação do cuidado, pois desconsidera os fluxos pactuados formalmente, cria circuitos paralelos, transformando o direito à saúde em mercadoria e troca de favores. Na pesquisa, as justificativas para tamanhas incongruências, expõem a imbricada teia entre os sujeitos que transitam na rede própria do SUS e/ou credenciada, sempre justificadas pelo subfinanciamento e valores da Tabela Unificada do SUS.

No entanto, a submissão do gestor da saúde ao setor privado está envolta numa complexa trama de interesses de diversas ordens, não sendo, *a priori*, uma decisão deliberada, posto que, em muitos casos não há alternativas viáveis em curto prazo, ou que dependam unicamente de sua disposição para mudar essa lógica. Os argumentos, a seguir, mostram alguns desses dilemas, por exemplo, quando o gestor tenta negociar com a rede privada o aumento na oferta de vagas,

Majoração na Tabela SUS e submissão das SMS ao setor privado...

[...] o prestador privado não compreende o SUS. [...] você não consegue contratualizar um privado que aceite trabalhar dentro do contexto do SUS. Se eu vou contratualizar um prestador privado, tenho, na lógica, que contratualizar pela Tabela SUS, mas a tabela dele sempre é 100% superior. Tem alguns prestadores que chegam ao disparate de querer colocar 200% em cima da Tabela SUS. Então, a gente fica numa situação de favor mesmo [...], com os prestadores privados, há uma máquina mercenária muito grande na área de saúde. Então, a gente não consegue. Pela quantidade de privados que a gente tem, se conseguíssemos trabalhar dentro do conceito do SUS, se esses prestadores abraçassem a causa do SUS, teríamos outra visão de saúde, na região e no país como um todo (Ent.1, GM).

Prestador privado dá as cartas...

[...] o prestador privado não tem interesse em fazer contrato com o SUS, porque o valor é baixo. Para eles chegarem a dar uma oferta maior, eu teria que realizar uma quantidade de exame maior. Por exemplo, vou citar o hospital X que é a única clínica privada que realiza ressonância magnética. Qual é o interesse do hospital X em pactuar com Vitória de Conquista? Nenhuma! Porque, quanto que é uma ressonância magnética pelo SUS? Paga-se R\$ 150 reais, por exemplo. Quando a ressonância magnética é feita de forma particular, custa R\$ 900 reais. Você acha que o hospital X vai ocupar o horário com o SUS, para realizar uma ressonância de R\$ 150,00 e deixar de fazer uma por R\$ 900,00? (Ent.3, GM).

“Se ficar o bicho pega, se correr o bicho come”...

O hospital é privado não quer saber do paciente complicado não, quer saber do simples, deixa o complicado para o público, ele quer saber daquele paciente que não vai dar despesa, só lucro. [...] Não é que a gente tem que se submeter ao prestador privado, na realidade o que a gente tem que buscar é, cada vez mais, oferecer esses serviços dentro do próprio público. [...] a rede conveniada privada não tem interesse nenhum de aumentar a clínica médica. Porque são pacientes que têm um custo alto até para rede solidária, e a Tabela SUS remunera mal. E a gente não tem bala na agulha para dizer: “Tudo bem, a Tabela SUS é ruim, a gente paga 50% a mais, eu quero internação”. Não temos dinheiro! [...] mas na verdade, o interessante é não fugir à Tabela SUS. Quando a gente foge é um ponto sem fim, porque nenhum valor é satisfatório e a gente fica realmente nessa queda de braço (Ent.9, GM).

Apesar do contexto adverso relatado pelos gestores, percebemos um sombreamento acerca de algumas questões de governança e construção de rede pública solidária que poderiam minimizar os efeitos da dependência microrregional ao setor privado e, paralelamente, garantiria maior poder de negociação, além de estabelecer critérios mais transparentes para participação desse setor no fornecimento de serviços para o SUS. Em síntese, há necessidade de definição do papel e ação do ente público (municípios e estado) na condução das políticas de saúde, fomentando uma maior participação e controle social, além do delineamento do modelo de atenção que se deseja priorizar para a região, isso tudo, norteado por ferramentas do planejamento, regulação assistencial e critérios que defendam o interesse público nas contratualizações.

Uma das justificativas para construção de uma rede de serviços regionalizados no SUS assenta-se na necessidade de cooperação para resolução de problemas gerais ou coletivos e/ou que incidem sobre um dos participantes do território, mas que devem ser resolvidos solidariamente pelos pares, em consideração ao interesse público (Campos, 2006). As instâncias colegiadas microrregionais, por sua vez, serviriam como um meio para desencadear articulações intermunicipais, aumentar integração dos serviços e abrandar os efeitos insidiosos do mercado nas relações com o estado, particularmente, nas cidades com poucos recursos, com baixa oferta de serviços ou com escala insuficiente para prover na própria rede. Na microrregião de Vitória da Conquista, essa é a realidade da maioria dos municípios (Bahia, 2008b), portanto, o CGMR-VC deveria ter a incumbência de buscar alternativas coletivas para tais assuntos e construir uma agenda de trabalho com foco no fortalecimento da regionalização. Nada obstante, as observações durante as reuniões no colegiado microrregional e os depoimentos dos gestores reportam uma realidade que contraria essa expectativa, pois durante cinco meses participando das plenárias e em diálogo com os participantes do CGMR-VC houve convergência, no sentido de concordarem que a regionalização é atravessada por outras demandas e prioridades, portanto, sem receber a

devida atenção do colegiado. Sem desconsiderar os demais problemas envolvidos, chama-nos atenção o (des)comprometimento de alguns gestores com o próprio processo de trabalho e a fragilidade na compreensão do seu objeto de trabalho. Tal percepção é compartilhada nos recortes abaixo,

Gestores refratários à regionalização...

[...] nem todos os gestores estão entendendo regionalização. Eles estão enxergando “o eu”. Na 20ª Dires e dentro do colegiado [CGMR-VC], precisamos sensibilizar e fazer com que alguns gestores entendam o que é regionalização. Eles estão muito no contexto de municipalização. Eles pensam: “eu tenho que fazer por meu município e o seu se vira”. Então, por exemplo, eu estou aqui numa regionalização, ao lado da minha gestão eu tenho dois municípios que têm uma gestão muito aquém daqui [...] aí, essa população que é do território vizinho, todas as necessidades terminam vindo para cá. [...] mas quando a gente vai colocar para debater, o gestor não concorda, ele passa outra visão (Ent.1, GM).

Subaproveitamento das funções do CGMR-VC...

[...] no CGMR, temos explorado muito pouco o potencial do colegiado. [...] tem um ano que estou no colegiado, não vi nenhuma discussão de fortalecimento do sistema de saúde da região. [...] ou é baseado nas políticas do Ministério da Saúde, que abre portarias e a gente tem que correr atrás para legitimar no CGMR, depois ir para CIB, depois CIT ou essa discussão assim: “Ah, porque Vitória da Conquista não está marcando nossos exames...” ou “Porque agora a regulação, que foi o foco da última reunião, está ruim”. Então, não tem uma discussão, um plano de ação, grupos de trabalho para buscar fortalecer a região (Ent.7, GM).

CGMR: “cada um olha para o seu próprio umbigo”...

[...] não existe, ainda, uma cultura de planejar coletivamente [no CGMR-VC] e nas experiências da gente de planejamento coletivo, normalmente na Bahia a nossa microrregião cria atritos, cria atritos por discordar daquilo que vem proposto. Muitas vezes, porque não atende a expectativa dele, enquanto gestor e, muitas vezes, porque cada um olha para o seu próprio umbigo. Cada um fica pensando naquilo que é melhor para o seu município em termos daquilo que entra como recurso e, muitas vezes, sem a preocupação com o benefício para a população. E isso tem criado um entrave muito sério (Ent.13, GR).

Imediatismo e superficialidade nos debates em detrimento do planejamento regional...

[...] com essa forma como eles agem [os secretários de saúde], da forma como a coisa vem acontecendo, os gestores têm pouca oportunidade de discutir as questões mais profundas, porque ficam muito presos às questões mais superficiais e mais imediatas para serem resolvidas. Vejo que há, ainda, um pouco de desrespeito também, porque para ter quórum numa reunião dessas, às vezes, passa uma manhã inteira para que os secretários cheguem (Ent.14, GR).

Em razão disso, grupos mais organizados (profissionais liberais e/ou empresários do setor saúde) ganham espaço e passam a ocupar as brechas deixadas pelo poder público e, aos poucos, tornam-se hegemônicos, ou mesmo, criam teias de interdependência para favorecimento ilícito. Dessa forma, para Campos (2000, p.178) “*o enfraquecimento do Estado tem deixado setores majoritários à mercê de grupos que concentram poder econômico e que desenvolvem capacidade de arregimentar aliados e servidores no espaço da mídia e da*

política”, contribuindo para ampliar a privatização do espaço público. O cenário da microrregião de Vitória da Conquista torna-se, ainda, mais crítico, pois a corrosão de valores impõe novas éticas, muito mais centradas nos ganhos individuais ou de determinadas categorias em detrimento do bem público. Essa situação ficou explícita na exposição dos gestores nas reuniões do CGMR-VC, quando denunciaram a cobrança de consultas e procedimentos dentro do SUS (“pagamento por fora”, “taxas” e “bonificações”), especialmente, em estabelecimentos contratados, envolvendo, particularmente, profissionais médicos com duplo vínculo, ou seja, trabalham na rede pública e privada.

Nesses casos, o usuário que tem uma necessidade cirúrgica, mas por falta de vaga no hospital público de referência, precisará aguardar a liberação via central de regulação de leitos ou, por conta da gravidade do caso, conseguirá uma “vaga zero” pela regulação, sendo, então, internado no hospital, mas permanecerá aguardando uma vaga para a realização do procedimento requerido. Essa trama abre espaço para uma teia de interconexões (nem sempre lícitas) entre diferentes sujeitos envolvidos direta e indiretamente no caso. Muitas vezes, para agilizar o processo cirúrgico, médicos são contatados pelas secretarias de saúde ou usuários e acordam critérios paralelos para realização do ato cirúrgico na rede SUS, mediante “pagamento por fora”, contornando, assim, a regulação do acesso, nem sempre sustentado por critério clínico de prioridade, contribuindo para obstrução das vagas, gerando iniquidades assistenciais, favorecendo o apadrinhamento e uso privado do espaço público.

Tal questão, também, aparece como uma conduta comum de prefeitos e vereadores que coagem os secretários de saúde a estabelecerem fluxos paralelos à regulação regional, por meio de pagamentos a profissionais médicos para que adiantem determinados procedimentos, buscando consolidar determinados privilégios a correligionários políticos, o que acaba por agravar as desigualdades de acesso e na utilização dos recursos públicos.

Em outras situações, também, corriqueiras, por questões de elevado tempo de espera para determinado procedimento pelas vias reguladas, os profissionais da rede pública sugerem aos usuários que busquem o serviço privado, sendo que, às vezes, intermedeiam essa negociação, pois o prestador privado (algumas vezes, ele mesmo) “dá um desconto” quando é por indicação de algumas prefeituras (gestores), afora isso, nesses casos, o município fornece o transporte e “ajuda de custo” ao usuário. Algumas secretarias de saúde, por sua vez, têm um “agenciador” (conhecido como “marcador”)³⁰ que organiza fluxos paralelos entre os

³⁰ Na pesquisa de campo deparamos-nos com a terminologia “marcador” para designar diferentes sujeitos. Na prática, esse termo é utilizado por gestores para indicar a pessoa que trabalha no agendamento informal entre a secretaria de saúde de um determinado município e um prestador privado, por meio de “taxas”, “bonificações”

municípios e os prestadores e/ou profissionais médicos. Esses “marcadores/agenciadores” (pagos pelos municípios para essa finalidade) obtêm, da central municipal de marcação de consultas, uma lista com os nomes dos usuários que necessitam de determinado procedimento (exames diagnóstico e cirurgias), negociam diretamente com o prestador privado contratado um valor a ser pago sobre a Tabela SUS ou AIH (“consultas/cirurgias bonificadas”), ou mesmo com prestadores privados não contratados, e a secretaria municipal de saúde arca com o valor acordado. Nesses casos, o médico recebe a AIH para realização do procedimento, via SUS, utiliza leito, equipamentos e insumos, pagos pelo sistema público, e ganha um valor combinado com o município.

De acordo com informantes-chave, os marcadores/agenciadores têm contatos privilegiados com médicos em toda a rede (prestadores públicos e privados), usufruem de prestígio político entre as prefeituras e têm poder de barganha entre as clínicas privadas. Para tanto, os prestadores privados (não SUS) negociam com os agenciadores um pacote de descontos no valor das consultas/exames/procedimentos em troca de fidelização (encaminhamentos regulares de usuários) e, ainda, pagam-no um valor fixo por encaminhamento. Por fim, há, ainda, médicos que, mesmo o usuário tendo conseguido a vaga via regulação, cobra uma “taxa” para realização do procedimento, nesse caso, o usuário é coagido a pagar. Algumas dessas infrações estão expressas nos discursos,

Cirurgias bonificadas...

[...] infelizmente, é de conhecimento da auditoria que as cirurgias são bonificadas. O que é cirurgia bonificada? O médico emite uma AIH-SUS e eu pago o médico por fora. Ou eu opero o meu paciente, ou ele não é operado. [...] o Esaú Matos [hospital municipal de Vitória da Conquista] não tem uma quantidade de cirurgia para ofertar para a quantidade da demanda. Então para mim, é bem mais viável, até por uma questão de pressão (o promotor me chama toda hora, tal e tal). Mesmo que ele saiba que não tem vaga, ele [promotor] quer por quer operar o paciente. É melhor operar com o doutor fulano de tal, eu digo, “Oh doutor, eu te dou 2 mil todo mês e toda a paciente minha que vier com diagnóstico de ‘mioma’, toda paciente que vier com diagnóstico de ‘fazer perineo’, ‘laqueadura’, o senhor faz pra mim?” Ele diz: “Faço”. Ele emite a AIH, interna na Santa Casa [hospital filantrópico] e faz a cirurgia pelo SUS. Infelizmente! (Ent.3, GM).

Cobrança ilícita em procedimentos SUS...

[...] detectamos isso [cobrança ilícita em procedimentos SUS] e levamos, inclusive, em uma das reuniões do CGMR, pois tem, muitas vezes, a conivência do próprio gestor, daqueles “marcadores” do município que negociam diretamente com o médico. Às vezes, o médico X trabalha no município tal e dá plantão em alguns lugares da rede e, aí, ele burla toda a parte de regulação e manda trazer o paciente via direto, e ele recebe, porque como ele é autoridade máxima do plantão, ele autoriza a entrada, e tem a cobrança dupla. O paciente entra, muitas vezes, como paciente do SUS, faz todo o procedimento cobrado pelo SUS e é complementado no

ou, simplesmente, negociando descontos no valor do serviço a ser prestado ao usuário. Além disso, esse termo, também, corresponde a pessoas que trabalham formalmente em centrais de regulação de consulta e leitos. Para distingui-las, consideramos as primeiras como “agenciadores” e as segundas como “técnicos-marcadores”.

valor, via taxa particular. E isso, quem alimenta são os municípios. [...] não sei de onde vem o dinheiro, como é pago, mas isso é nítido. [...] é algo criminoso que a gente precisa denunciar. [...] por conta agora da dificuldade de acesso, pela espera que o paciente não quer ter, às vezes, a pressão da população em cima do gestor, do prefeito, quem quer que seja, favorece essa questão (Ent.7, GM).

Gestores “reféns” ou “cúmplices” dos prestadores privados?...

[...] quando tem uma denúncia tem mecanismos de cobrar, devolver e descredenciar o serviço se for o caso. A questão é chegar à denúncia formalizada. O próprio secretário de saúde não quer formalizar. “Aconteceu isso em determinado hospital”, ele não quer formalizar que aconteceu isso, porque acha o seguinte, que ele está sempre precisando do hospital. É uma coisa tão complicada. É uma rede. É uma organização criminosa. Mas eles ficam indignados e querem uma providência, mas uma providência contanto que não envolva em nada o paciente nem ele (Ent.9, GM).

Assimetria informacional entre médico-paciente, assédio e extorsão...

[...] mas, também, tem a ver com a questão de necessidade grande de saúde do paciente e que ele tem que lançar mão de todos os recursos para resolver o seu problema de saúde. [...] quando o paciente pode vender a casa dele, muitas vezes, ele vende. Isso acontece em hospitais em que os médicos extorquem praticamente os pacientes e eles vendem terreno, vendem casa para pagar a cirurgia por fora. Porque o discurso é feito para iludir a pessoa e levar a isso. É estelionato, se valer de um ardil mentiroso para cometer um ato infracional. Eles lidam com as pessoas no seu momento de maior fragilidade, então dizem assim: “Se demorar vai perder um órgão, vai perder uma porção do seu corpo, ou você vai morrer”. “O SUS não faz esse procedimento ou demora muito pra fazer isso”. Ou então: “Eu não faço isso pelo SUS”. São vários discursos. E aí oferece a alternativa irregular (Ent.10, GM).

A presença do setor privado de saúde sendo fomentado pelas políticas públicas de saúde no Brasil, não é recente (Campos, 2010b; Bahia, 2010c), mas ganha maior envergadura nos territórios com menor capacidade gestora para exercer a regulação assistencial na relação público-privada, ou em municípios cujos serviços privados e/ou profissionais de saúde tornaram-se aliados das correntes políticas em situação de poder (executivo e/ou legislativo), a ponto de privilegiarem os interesses particulares/privados em detrimento das necessidades sociais e do bem público, numa composição híbrida e patrimonialista. Nesse sentido, desde o início do SUS, *“o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e de municípios não desenvolveram política e gestão hospitalar típicas dos sistemas nacionais. Em grande medida, prosseguiram garantindo acesso por meio da compra de serviços especializados e hospitalares ao setor privado, realizando a forma mais primitiva de controle: auditorias de contas e de procedimentos post factum”* (Campos, 2010b, p.298).

Tal perfil reproduz-se nas características dos municípios que compõem a microrregião de Vitória da Conquista, mas a face que prevalece é atribuída ao subfinanciamento público e aos valores pagos pela Tabela SUS que, conseqüentemente, inviabilizaria a construção de uma rede própria de serviços e, segundo os discursos, justificaria os meios. Apresenta-se, portanto, um apagamento dos sujeitos em função das instituições (Estado e mercado), porquanto, em certa medida, há uma passividade e naturalização dos gestores diante de fatos

alarmantes de mau uso dos recursos públicos e provimento dos serviços nos territórios, sobressaindo uma lógica burocrática nas arenas de debate e de construção coletiva (CGMR, por exemplo) que subtrai a capacidade inventiva dos sujeitos, como se as coisas estivessem dadas *a priori*, não havendo espaço para contraposições e outros modos de gestão e produção do cuidado.

Contudo, o cenário regional que se apresenta não se mostra na sua totalidade e gera confundimentos acerca das causas e consequências da relação público-privada nos territórios. Os documentos, observações e entrevistas, todavia, nos dão algumas pistas desse intrincado jogo que envolve distintas arenas e diferentes sujeitos na disputa por micropoderes. Em primeiro lugar, a discussão de redes e mudança no modelo de atenção com fortalecimento da APS não fazem parte dos debates no CGMR-VC. Vigora a disputa em torno dos serviços de média e alta densidade tecnológica, afetada por oferta pública altamente insuficiente e dependente da oferta privada, deslocada dos mecanismos de integração dos serviços e coordenação dos cuidados, pois que, o foco é a discussão das cotas de procedimentos e disponibilidade de leitos. Por sua vez, a permanência de modelo centrado no trabalho médico e na dependência das tecnologias de apoio diagnóstico, mesmo na APS, torna a rede assistencial retroalimentadora de demandas e indutora de padrões e comportamento por consumo de serviços médicos. Essa lógica ambígua e acrítica sobre o modelo de produção do cuidado dentro da esfera pública faz com que o sistema privado e a mercantilização da saúde expandam *pari passu* ao crescimento do SUS, sob a égide de uma privatização por dentro do sistema público.

Tal lógica, que não é privilégio nessa microrregião, está impregnada nas bases materiais e políticas do SUS. É reflexo de um padrão nacional de formação corporativa, desregulada e com base liberal na formação médica e suas especialidades (Campos, Chakour e Santos, 1997), prestação fragmentada de serviços e, obviamente, do modelo de financiamento na saúde, mas que encontra nos microespaços regionais um terreno fértil, sobretudo pelos históricos vazios assistenciais (incipiência de investimento público), que cederam espaço ao *lobby* da indústria de equipamentos e de prestadores de serviços privados (com e sem fins lucrativos). Por essa via, Bahia (2009b, p.756) alerta que “*o não questionamento dos incrementos simultâneos ou pelo menos sequenciais e autônomos do público e do privado deixa pouca margem à visibilidade das tendências retracionistas e interacionistas. De fato, o reconhecimento de contradições e, sobretudo, das relações e intermediações entre ambos os subsistemas é pouco atraente, tanto para os setores progressistas que se veem permanentemente instados a blindar o SUS das ferozes críticas a*

seus limites, quanto para segmentos empresariais, que se comprazem com o crescimento de seus investimentos”.

Em segundo plano, como já analisado, encontramos a baixa autonomia dos secretários de saúde e as interferências político-partidárias nas definições técnicas que, somadas à frágil competência técnica de alguns secretários de saúde, impregna à gestão da saúde de certo amadorismo ou, o avesso, escolhe deliberadamente construir um enredo de relações personalistas na esfera pública. Nesse aspecto, poucos municípios conseguem mover-se contra essa correnteza, ainda que sejam parte da mesma engrenagem, contudo, é nessa força de atrito que, paradoxalmente, a descentralização e a regionalização poderiam modelar sistemas de saúde mais justos, porquanto requerem negociação, pactos e consensos entre opositores.

Um terceiro tópico, também fundamental, é o financiamento, os valores pagos pela Tabela Unificada do SUS e a opção de gestão dos serviços de saúde nos municípios no contexto do Pacto pela Saúde que, por sua vez, têm sido os grandes indutores das políticas de saúde e do perfil assistencial em todo o Brasil. Na microrregião, todos os municípios assinaram o Termo de Compromisso de Gestão, aderindo ao Pacto pela Saúde, mas somente Barra do Choça, Belo Campo, Maetinga, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista, até dezembro de 2011, assumiram a gestão de todos os prestadores SUS no seu território (Comando Único), sendo que os demais permanecem na gestão estadual.

Acerca dessas questões, novamente as fronteiras entre público e privado ficam opacas, pois, o histórico vazio assistencial e o subfinanciamento da rede na região cederam espaço para que a iniciativa privada construísse um parque de serviços médicos de média e alta densidade tecnológica. Por outro lado, os municípios passaram a comprar ações e serviços da iniciativa privada capitalizando esse setor, contribuindo, sobremaneira, para a consolidação de uma rede privada robusta. Em traços gerais, há uma relação de dependência recíproca entre os setores público e privado, contudo, a dominância pendeu para os prestadores privados contratados e conveniados do SUS que definem, outrossim, os preços de mercado dos procedimentos e serviços à revelia da Tabela Unificada do SUS. Nas reuniões do CGMR-VC e nas entrevistas, alguns gestores afirmaram que os municípios estão reféns da categoria médica e que os hospitais privados escolhem os procedimentos mais lucrativos, realizam dupla porta de entrada para o usuário do SUS e estendem o tempo de permanência no leito, onerando os gastos públicos, numa espécie de *laissez-faire*.

Essa rede privada oferta serviços ao SUS, a uma carteira de beneficiários de seguros de saúde, bem como, a uma demanda que faz o desembolso direto. Nesse sentido, a rede

privada passou a competir por profissionais médicos, aumentando seu “valor de mercado” e seu “poder de barganha”. Estes organizaram-se corporativamente, tornando escassa a disponibilidade de algumas especialidades no SUS, notadamente, mais restritas nas cidades de pequeno porte e distantes do centro urbano mais desenvolvido, nesse caso, Vitória da Conquista. Destacamos alguns desses pontos por meio das falas dos entrevistados,

Desembolso direto e seguro saúde concorrendo com a oferta para o SUS...

[...] a gente sabe que a quantidade, a população flutuante de Conquista é bem grande, então para o hospital Y [hospital privado] é bem mais vantajoso atender a população flutuante de forma privada e cobrar um valor a menos do que atender ao SUS. Por exemplo, a mamografia no hospital Y é feita pelo SUS? É! Mas se você olhar, a cota é pequenininha, porque é melhor ocupar o espaço fazendo a mamografia do paciente privado particular e do plano do que o paciente do SUS, por causa do valor (Ent.3, GM).

Mercantilização da saúde expande *pari passu* ao crescimento do SUS...

[...] acontece quando alguém quer antecipar uma consulta que, no SUS, só vai ser no mês que vem e o profissional está lá e se ele [usuário] pagar uma taxinha de R\$ 70 reais, consegue. Normalmente hospitais privados e serviços credenciados ao SUS. Ou seja, ele atende SUS, mas também atende privado. Isso ocorre com serviço filantrópico e privado credenciado ao SUS. Então, o profissional está lá no ambulatório SUS, mas ele também faz a consulta especializada. Claro, em outra porta de entrada, mas ele também atende privado (Ent.5, GM).

Dupla porta de entrada e obstrução intencional de leitos privados para o SUS...

[...] o que eles [rede privada] obstruem é na própria lógica de assistência. Você vê porta dupla de entrada, com tempo de permanência do paciente no leito fora da média nacional. Então, eles obstruem a rotatividade daquele leito. Isso para o hospital é lucrativo, para a rede não. Então, há forte pressão para reduzir porta de urgência, pois a maioria não quer trabalhar com porta de urgência, e aí, acaba sobrecarregando o Hospital Geral [hospital público estadual], porque a rede privada fica escolhendo aquilo que quer atender (Ent.7, GM).

Mercado desregulado e subordinação do gestor público...

Com a tabela do SUS você paga a biopsia, por exemplo, teleguiada de próstata, de mama, de tireoide por R\$ 40 reais, mas a gente compra por R\$ 300 reais. Você vê que majorou demais a tabela, que o prestador se aproveitou. Mas se a gente diminuir não tem quem faça. Porque, ainda, é um município que polariza 80 outros municípios, então os médicos, ainda, podem fazer isso, dizer: “Eu não faço. Só faço por X.” Acabou! É a oferta! (Ent.9, GM).

As evidências demonstraram a complexidade para garantia do direito à saúde à população e certa inércia ante aos desafios apresentados à consolidação de uma rede de serviços de saúde integrada na microrregião de Vitória da Conquista. A racionalidade gerencial que norteia as ações públicas parece não ter força suficiente para incidir em mudanças que revertam à tendência a privatização do espaço público e a transformação da saúde em mercadoria. Constatamos uma ênfase exacerbada no estabelecimento de normas e fluxos, necessários, mas insuficientes, pois não criam arranjos potentes para “*mudança tecnológica na produção do cuidado*” (Merhy, 2002) e a definição de novos modelos de

atenção à saúde não se apresenta na roda de debates, até porque, as definições permanecem hierárquicas.

O mercado da saúde opera uma racionalidade que incorpora os mecanismos gerenciais de descentralização e/ou regionalização (e suas ferramentas) aos seus processos produtivos, de tal ordem que captura gestores, profissionais de saúde e usuários numa teia de subordinação. É, portanto, nessa perspectiva, que “taxas”, “bonificações”, “favorecimentos” e tantos outros mecanismos anti-SUS encontram espaço para legitimação entre os sujeitos, afinal estabelece-se uma rede de conveniência, reproduzindo as iniquidades que retroalimentam a subserviência e a alienação.

Nesse momento, assentamos uma questão que consideramos cerne no tema das redes de saúde regionalizadas: o lugar e a função dos sujeitos. Percebemos que o debate nos colegiados gestores e mesmo nas propostas dos documentos institucionais, as questões políticas que perpassam as escolhas dos processos gerenciais não têm dado a devida importância aos atores que constituem e operacionalizam, de fato, às redes de saúde no cotidiano dos territórios (trabalhadores de saúde e usuários dos serviços), ou, quando o fazem, transformam alguns sujeitos em inimigos e culpados, como é o caso dos médicos, ou ainda, em vítimas e cúmplices, como é o caso dos usuários. Por sua vez, o descontentamento com o financiamento, com o processo de programação e pactuação de serviços e os valores da Tabela SUS têm maior audiência que a maneira de gastar e investir na rede, os modos de trabalhos e o modelo de atenção à saúde que se pretende conceber na microrregião para gestão e produção do cuidado.

3.3 “Participação social”

3.3.1 O apagamento da participação social e a necessidade de democratização do espaço público: quem defende a saúde pública no território microrregional?

Um dos caminhos previstos no SUS para ampla democratização foi garantir a participação e controle social na ação governamental por segmentos representativos da sociedade civil em órgão colegiado, com caráter permanente e deliberativo. Para tanto, supõe a distribuição de poder por meio dos Conselhos de Saúde (CS), nas três esferas de governo, que assumiriam a função de aglutinar representantes do governo, prestadores de serviços,

trabalhadores de saúde e usuários e, possibilitar a mediação entre sociedade e governo, em relação às estratégias das políticas de saúde (Campos, 2006; Assis e Villa, 2003; Silva e Labra, 2001).

Percebemos, contudo, que a institucionalização dos conselhos de saúde, prevista num contexto de descentralização e fortalecimento dos municípios, por outro lado, de maneira ambígua, esmaeceu o papel do controle social nas políticas de regionalização. Além de não existir, nem ser previsto, um conselho de saúde que represente e defenda os interesses dos usuários na região de saúde, os conselhos municipais de saúde instituídos estão, prioritariamente, envoltos com questões de cada município isoladamente, sendo que as questões mais genéricas (fluxos e pactuações), envolvendo os espaços intermunicipais, são abarcadas no Conselho Estadual de Saúde (CES), mas, contraditoriamente, distante destas microrregiões, de suas singularidades e da sua população usuária do SUS. Sendo assim, *“outra preocupação sobre as proposições aprovadas para o Pacto de Gestão está relacionada à baixa permeabilidade dos pactos ao controle social”* (Solla, 2010, p.72).

Essa constatação parecer ser uma demanda, também, das representações da sociedade e do governo estadual visto que foi tema de debate na 8ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia (Bahia, 2011), e compôs as propostas do relatório final, que contou a participação de 416 municípios³¹, as quais destacamos cinco: 1) Que a SESAB e o CES apoie e estimule a implantação de conselhos territoriais de saúde nos 23 territórios identidade da Bahia; 2) Que a SESAB apoie a realização de plenárias regionais do CES e a eleição de representantes regionais, além de possibilitar a interlocução destes com os CGMR; 3) Que o CES fomente a criação de uma instância colegiada de controle social de abrangência regional; 4) Que o CES em parceria com universidades e centros acadêmicos promovam debates e reflexões sobre o controle social nas regiões de saúde do estado; 5) Que o CES estimule a implantação de fóruns anuais de conselheiros de saúde, de forma regionalizada e/ou de audiências públicas que abordem temas como Direito à Saúde, Defesa do SUS, Políticas de Saúde e Controle/Participação Social (Bahia, 2011).

Um dos entrevistados reconhece a importância dessa esfera pública de participação social na saúde, mas alerta que os mecanismos de representação estão engessados aos fluxos institucionais e, também, adverte para a burocratização das propostas,

³¹ Apenas o município de Anagé, na Microrregião de Vitória da Conquista, ficou ausente da 8ª Conferência Estadual de Saúde, por questões políticas (prefeito afastado pelo Tribunal Eleitoral).

Acho que se prende, às vezes, a alguns mecanismos muito oficiais, tipo Conselho de Saúde e Conferência, ainda tem muitos limites. A gente acabou de sair de uma grande Conferência, a maior Conferência da história da Bahia, foram 416 municípios. [...] Mas eu acho que, ainda, é um momento muito pontual, que acaba o movimento da conferência e aí esse relatório fica na mão da gestão (Ent.16, GE).

Ainda também, apesar da profusão e capilaridade de arenas de representações sociais, persiste certa instrumentalização orgânica aos Conselhos e Conferências de Saúde (Labra, 2005). No caso do estado da Bahia, Jesus e Teixeira (2010) destacam o processo de captação das demandas das diversas regiões de saúde para elaboração do Plano Estadual de Saúde, 2008-2011, ao relatarem a experiência institucional que envolveu vários níveis decisórios da secretaria estadual (centrais e regionais), realizou encontros com representantes da sociedade civil organizada dos 26 territórios de identidade para captação de demandas regionais e, buscou incorporar propostas discutidas na 7ª CES. Tais movimentos, com ações mais dialógicas, permitem-nos captar as estratégias e intencionalidades presentes em documentos institucionais, como o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual de Governo, que buscam direcionar e modelar as políticas da SESAB e dos demais órgãos colegiados, numa perspectiva mais democrática.

Apesar disso, no cotidiano da microrregião de Vitória da Conquista, as observações mostraram que nas reuniões do CGMR-VC, ainda que sejam abertas ao público, não há participação de pessoas, representante de usuários, ligadas aos conselhos de saúde de nenhum dos municípios. Os agentes externos ao CGMR presentes às reuniões são técnicos das secretarias de saúde e DARES, ou, eventualmente, pessoas ligadas às universidades, serviços de saúde e entidades de classe que participam das reuniões quando há necessidade de apreciação de algum tema de interesse específico, fomentado por obrigação de fluxos institucionais. A interação entre o CGMR-VC e os CMS resume-se ao fluxo institucional previsto pela SESAB para as aprovações nos colegiados regionais que requer que os projetos dos municípios tenham aprovação prévia dos respectivos conselhos municipais de saúde, em função de exigência legal e normativa. Além disso, não há rotina sistemática de retorno das deliberações (resumos executivos ou Atas) do CGMR-VC aos respectivos CMS da microrregião. Ressaltamos, também, que não há menção aos CMS como participantes do CGMR-VC no regimento interno, nem tampouco, os membros do colegiado fazem referência acerca da necessidade de consulta ou participação dos conselhos de saúde e/ou membros da sociedade civil durante as reuniões. Nesse aspecto, constatamos um total apagamento da sociedade civil e, particularmente, dos representantes de usuários na dinâmica da regionalização, ou seja, ainda que os CGMR tenham surgido para fortalecer a política

regional, seu caráter de representação monopólica (reservada a um único segmento) restringe o debate das redes regionalizadas aos representantes governamentais. Ressaltamos, também, que em geral o CGMR-VC não é do conhecimento da população, da maioria dos profissionais e da própria mídia, tornando-o invisível ao controle social. Esse aspecto torna-se mais delicado na relação com os CMS, pois de certa forma o CGMR, assim como a CIB em relação ao CES, passou a ser considerado “*o lugar onde se tomam decisões ‘reais’ devido ao peso político e preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas da gestão*” (Labra, 2005, p.373).

Os entrevistados afirmam que os CMS estão contaminados por interesses dos próprios gestores e, por isso, a representação social não corresponde às necessidades da população. Entre as justificativas dos gestores está a formação precária dos membros representantes dos usuários nos CMS, a assimetria de informação entre gestores e conselheiros, essencialmente, relacionada às questões técnico-gerenciais do SUS (linguajar técnico, muitas vezes incompreensível pelos leigos), além de cooptação política, particularmente em municípios de pequeno porte, nos quais as relações privadas (trabalho, vínculo familiar, política-partidária etc.) dos conselheiros estão estreitamente imbricadas com os representantes do executivo e/ou legislativo local (apadrinhamento). Os trechos das entrevistas reforçam o insulamento dos CMS na perspectiva da regionalização na microrregião de Vitória da Conquista,

CMS com baixa compreensão do seu papel na gestão das políticas de saúde...

[...] os Conselhos Municipais são constituídos de pessoas com pouco conhecimento. [...] As instituições da sociedade organizada para participar de um conselho, é o que? É sindicato de Trabalhadores Rurais, é Associações de Pequenos Trabalhadores, são algumas igrejas. Então, as pessoas que eles remetem para a gente, terminam sendo mais usuários do SUS do que um conselheiro mesmo, eles têm pouco entendimento. Então, a gente tenta levar, tenta explicar para eles, mas ainda o controle social precisa ser muito bem trabalhado, porque precisaria ter profissionalização para que eles entendam. Falo mesmo pelo conselho daqui, a maioria deles não entendem a importância que fazem para a gestão do município ou daquele conselho. Então, se você tivesse uma equipe ou uma gestão desorganizada, esse conselho apoiaria. Apoiaria porque ele não tem noção do que é (Ent.1, GM).

Cooptação política dos membros em CMS...

[...] a municipalidade não tem interesse algum de trazer a população para discutir. Porque o que quer o gestor? Quer empurrar goela abaixo, se convém ao gestor eu aplico, “se não convém à sociedade, que não convenha à sociedade”, mas convém a mim que sou gestor. [...] E os conselhos municipais de saúde não são atuantes. Porque a formação dos conselhos é basicamente de pessoas ligadas ao gestor. Existe dentro do conselho pessoas que fazem oposição ao gestor? Sim, mas a minoria. (Ent.3, GM).

Conselheiros municipais com fragilidades na elaboração de crítica às propostas governamentais...

[...] sabemos, também, que exatamente por causa da falta de capacitação dos conselheiros. [...] tem uns que, ainda, não sabem a sua função. Tento explicar qual é

a função do conselho, que não pode ficar só balançando a cabeça, então, tento colocar que é deliberativo, que tem força para reverter o quadro que está aí. Sempre procuro maneiras de chamá-los para participar, dizer que é fiscalizador e deliberativo, porque temos como agir. Então, a maioria dos problemas a gente discute aqui. Mas, se é um problema de gestão, aí já fica mais complicado a gente trabalhar, mas da atenção básica é tudo discutido aqui. Se é um projeto novo, colocamos no conselho, perguntamos se é viável, se não é viável. Eles são importantes, mas eu acho que ainda precisa melhorar muito a questão de capacitação do conselheiro (Ent.4, GM).

Uma das diferenças marcantes entre as instâncias colegiadas, como CIB ou CGMR e os conselhos estaduais e municipais, reside na forma de sua representação, sendo aqueles corporativos exclusivos (gestores) e estes compostos por uma diversidade corporativa de representações (prestadores, trabalhadores e usuários). O que, *a priori*, não garante a nenhum, maior capacidade de resolver os confrontos no processo de negociação que envolve a burocracia pública do SUS, ainda que, os conselhos de saúde sejam, essencialmente, mais democráticos. A distinção entre CIB e conselhos de saúde (CS) é mais bem elaborada por Silva e Labra (2001, p.162), a qual, também, extrapolamos aos CGMR “*O CS representa interesses organizados e formalmente reconhecidos pelo Estado, possui status público e legitimidade, além de integrar o processo político na medida em que interfere na definição das políticas de saúde. Diferentemente, a CIB [e o CGMR] seria uma instância de caráter técnico, que busca viabilizar as normas do SUS. Entretanto, ambas as arenas têm caráter corporativo, porquanto, para participar delas, seus membros devem pertencer à alta burocracia setorial estatal ou a uma associação organizada legalmente*”.

Diante dos dilemas reportados nas políticas microrregionais de saúde analisadas (abuso de poder, privatização do espaço público etc.), uma das possibilidades de tornar as escolhas mais republicanas e democráticas, portanto, seria a criação de uma rede comunicacional que garantisse fluxo direto e permanente entre os fóruns deliberativos, inclusive os colegiados regionais e os CMS e, também, com outros segmentos organizados da sociedade civil, que permitissem a vocalização de todos e a publicização das deliberações dos gestores. Esse modelo “*exige da política uma maior complexidade em seu sistema decisório: a decisão pública não é mais exclusivamente governamental; o governo é central, mas é menos abrangente que os processos de governança. Exige, outrossim, distribuição do poder de decisão entre diversos atores, implicando intensa negociação na definição das regras políticas e criando a necessidade de descentralizar as decisões e os recursos*” (Milani, 2006, p.217).

Por essa lógica, a SESAB propõe e executa uma série de estratégias em busca de fortalecer as representações nos territórios e apoiar o processo de mobilização social por meio

da linha de ação “*Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS*”. Entre as estratégias destacamos: fortalecimentos e apoio à formação de conselheiros municipais, projeto Mobiliza-SUS, qualificação, ampliação e descentralização de Ouvidorias-SUS, implantação de estratégias de comunicação social no âmbito do SUS, incentivo a implantação de conselhos locais de saúde (Bahia, 2012b). As estratégias apresentadas são fundamentais e corroboram o fortalecimento do SUS como bem público e não somente estatal. Milani (2006, p.233) amplia essa expectativa e nos alerta de que “*não há como separar a participação dos cidadãos na gestão local de um processo mais amplo de reforma política de Estado, nem do contexto social, cultural e econômico [...]. O nível de intensidade da ação pública local depende da forma (quantitativa e qualitativa) como esses atores atuam em torno de um campo específico de política pública [...] há dúvida sobre as condições efetivas que têm as instâncias locais na Bahia a fim de processarem conflitos gerados pelo sistema político nacional, por uma cultura política regional bastante conservadora [...]*”.

Por fim, há questões subjacentes à participação popular e ao controle social que precisam ser consideradas nos territórios e que podem reduzir e comprometer a promessa de justiça social pela suposta participação democrática da sociedade em mera retórica, particularmente, naqueles espaços mais conservadores, com arraigado déficit de políticas horizontais e com populações historicamente submissas às políticas paternalistas. Por esse prisma, “*a participação não pode ser naturalizada como algo positivo em si mesmo nem desvinculada das relações sociais, econômicas e políticas*” (Escorel e Moreira, 2008).

3.4 Matriz Síntese dos Resultados: dimensão II – Componentes da governança regional

Nível político-institucional	Nível organizacional	Nível das práticas
Mecanismos de governança regional		
<p>Há estratégias estaduais para fortalecer a governança regional e aperfeiçoar as redes de atenção à saúde nas Macrorregiões e Microrregiões. Presença de técnico da SESAB no CGMR fortalece e qualifica o debate regional. Há fluxos estabelecidos entre SESAB/CIB e o CGMR que estimulam o debate prévio na microrregião e promovem a articulação entre municípios. SESAB promove a realização de cursos para qualificação de gestores (presenciais e EAD), como o “Curso de Especialização em Qualificação da Gestão Regionalizada”, ofertado para os gestores municipais e das DIRES. Realização de oficinas (SESAB e DIRES) para debate das questões do SUS para os novos prefeitos e secretários de saúde nas microrregiões de saúde. Elaboração e disponibilização de “Manual para os novos gestores: conhecendo a Atenção Básica”</p>	<p>CGMR-VC funciona regularmente, com reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias sempre que necessário. Há dificuldade no cumprimento do horário por parte dos gestores. Há dificuldade para fechar quórum para início da plenária (atrasos superiores a 2h). Durante as reuniões há grande dispersão dos gestores, com debates abreviados e superficiais com perda de foco. Rotatividade dos gestores e formação inadequada para a função fragilizam o conteúdo do debate. É um espaço democrático e as decisões são por consenso</p>	-
	<p>Gestores não debatem no CGMR-VC questões para fortalecimento da rede regionalizada e centralidade da ESF na Microrregião. O tema dominante são as cotas pactuadas e não cumpridas. A ESF é uma demanda individual de cada município e restringe-se ao rito burocrático previsto no regimento. As pautas são induzidas por demandas ministeriais e da SESAB. Não a Câmara Técnica para planejamento de ações regionais no CGMR</p>	-
	<p>20ª DIRES realiza assessoria técnica e pedagógica para fortalecimento da rede e organização da ESF nos municípios da Microrregião. As ações são essencialmente para os pequenos municípios. Desenvolveu importante papel para adesão ao PMAQ. Apoiadores Institucionais da DAB-SESAB fomentando o debate e colaborando na elaboração de projetos regionais</p>	-
<p>Implementação do Observatório Baiano de Regionalização - ferramenta de acompanhamento dos 28 CGMR. Em 2011, 266 municípios aderiram ao Pacto e 67 em Comando Único. Realização do II Encontro Estadual de Regionalização da Saúde e da II Mostra de Experiência dos CGMR. Apoio Virtual e GeoPortal de informação em saúde para dinamizar a troca de informação entre gestores e, também, como espaço educativo</p>	<p>Todos os municípios assinaram o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), com adesão formal ao Pacto pela Saúde. Apenas Barra do Choça, Belo Campo, Maetinga, Poções, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista assumiram o Comando Único</p>	-
	<p>Não há Consórcio Intermunicipal de Saúde na Microrregião. Não há debate acerca do COAP para a microrregião. Interferências político-partidárias atrapalham a negociação de projetos na perspectiva de fortalecimento regional. Conflito entre interesses locais em detrimento da regionalização</p>	-
<p>SESAB promoveu a “1ª Avaliação do Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Programação Anual da Vigilância em Saúde – PAVS” nas 28 microrregiões de saúde.</p>	<p>Não há um Plano de Ação Regional (PAR) na Microrregião. Cada município faz seu plano municipal e agrega informações quando são necessárias para articulação entre eles por conta de alguma política/programa específico</p>	-
	<p>Programação e pactuação restrita à lógica da oferta, ou seja, não incluem outras ações que contribuem para reduzir as lacunas assistenciais</p>	-
Financiamento regional		
<p>O subfinanciamento e a defasagem da tabela SUS dificultam a compra de serviços complementares na rede privada para rede SUS. Revisão permanente da PPI (grupo de trabalho na CIB)</p>	<p>O Plano Diretor de Investimento não se constitui como ferramenta de planejamento regional</p>	-
	<p>Não há mecanismo regional para alocação solidária de recursos financeiros voltados à compensação de desigualdades na região</p>	-

Relações público-privadas		
Prestadores privados não participam no processo de regionalização e nos planos regionais para planejamento da oferta e incorporação tecnológica de acordo com as necessidades do SUS. Majoração dos valores dos serviços prestados pelos prestadores privados contratados pelo SUS. Rede privada e médicos com alto poder de barganha sobre o setor público. Existe política estadual de gerenciamento de equipamentos e produtos médicos	Frágeis mecanismos de contratualização com a iniciativa privada. Não há acompanhamento de metas pactuadas com prestadores privados, apenas a auditoria <i>post factum</i>	-
	Forte influência do setor privado na organização e prestação de serviço na microrregião por conta da baixa oferta de serviço pública. Presença de “agenciadores” que negociam pagamentos entre SMS e médicos para realização de procedimentos na rede SUS	-
Participação social		
Realização de conferência estadual de saúde e conferências municipais de saúde, com ampla participação da sociedade civil (na Bahia, apenas Anagé não participou da CES). Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual (PPA) participativo, construídos com consultas nas diferentes regiões de saúde do estado (apoio técnico e financeiro). Linha de ação “Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS” nos documentos estaduais como compromisso de Governo. Construção de sistema informatizado para consolidar os relatórios das conferências municipais de saúde	Não há relatórios executivos ou resumos técnicos emitidos aos CMS acerca das deliberações no CGMR. Atas das reuniões do CGMR disponíveis <i>on-line</i> desde início de 2012. Não há linha de ação ou debate microrregional em torno do fortalecimento da participação social	-
Qualificação, ampliação e descentralização de Ouvidorias-SUS como estratégia estadual para qualificação das ações prestação de serviço. Projeto “Mobiliza-SUS” e plenárias nos territórios de identidade como estratégia estadual para captação das necessidades da população nos territórios. Curso de Participação Popular, Direito à Saúde e Movimentos Sociais, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) para representantes de movimentos sociais de base popular.	O CGMR não explora a participação social para captação das demandas locorregionais. Não há participação prevista de membros dos CMS em plenárias do CGMR	CLS restrito a Vitória da Conquista. Baixa participação das pessoas nas reuniões dos CLS
Fortalecimento e apoio à formação de conselheiros municipais. Incentivos estaduais a implantação de CLS. O CES tem atuação ativa no Estado, realizando visitas técnicas aos municípios para apoiar e qualificar a atuação dos CMS, bem como apoiar a realização das Conferências Municipais de Saúde.	Não há debates sobre regionalização nos CMS nas cidades da Microrregião. Envolvimento dos CMS restringe-se aos ritos burocráticos previstos nos fluxos para aprovação de projetos	Escassas ações das EqSF para fomentar a participação social

Nota: Cada célula da *matriz síntese* tem correspondência com os critérios listados na *matriz de análise*.

CAPÍTULO IV – POSIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA MICRORREGIÃO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Esse capítulo dá sequência ao anterior, sendo uma divisão didática para contemplar lentes focadas em aspectos próprios à Estratégia Saúde da Família (ESF) e analisar a posição da APS na rede regionalizada. Para tanto, analisamos as sete subdimensões que compõem a *Centralidade da APS* (Dimensão III) da *Matriz de análise da gestão do cuidado*, que buscam no conjunto compreender a *Posição da Estratégia Saúde da Família na Microrregião de Vitória da Conquista*. Com essa disposição e a partir dos dados empíricos, as subdimensões foram reagrupadas em seções do seguinte modo:

- a subdimensão “*Organização da ESF (acesso e porta de entrada preferencial)*” é analisada em duas seções “*Unidades de Saúde da Família: desafios à prestação de serviço de primeiro contato e limites ao acesso regular dos usuários*” e “*Processo de trabalho nas EqSF: modelo médico-centrado e serviços ‘sem médico’*”;
- as subdimensões “*Função de filtro*” e “*Coordenação e continuidade do cuidado*” são cotejadas na seção “*O desafio de coordenar o cuidado em territórios com múltiplas portas de entrada, integração comunicacional incipiente entre os níveis assistenciais e insuficiência de serviços especializados*”;
- a subdimensão “*Expansão da oferta de serviços e funções da ESF*” é analisada na seção “*Abrangência e integralidade na ESF: novos sujeitos compartilhando o cuidado, mas com restrição na oferta de serviços comprometendo a resolubilidade das necessidades dos usuários*”;
- por último, as subdimensões “*Modelo usuário-centrado*”, “*Orientação para a comunidade e centralidade na família*” e “*Resolubilidade*” são transversais a todas as demais subdimensões.

Em caráter de síntese, encerramos o capítulo com a *Matriz Síntese dos Resultados* na qual destacamos os principais achados em campo e, assim, resumimos a *dimensão III* e suas *subdimensões*.

4.1 “Organização da ESF (acesso e porta de entrada preferencial)”

4.1.1 Unidades de Saúde da Família: desafios à prestação de serviço de primeiro contato e limites ao acesso regular dos usuários

A porta de entrada nos territórios da Microrregião de Vitória da Conquista é diversificada e materializa-se em fluxos de usuários que buscam USF, UBS tradicionais, unidades de pronto-atendimento, serviços de urgência/emergência hospitalares na rede pública e/ou serviços privados, indiscriminadamente, para as suas necessidades de saúde. Todavia, essa aparente indefinição apresenta nuances que possibilitam captar padrões de escolha dos usuários e, assim, analisar os fenômenos supostamente difusos na rede regionalizada de saúde.

Os argumentos apresentados por gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços sinalizam determinadas características que nos permitem tecer considerações bastante aproximadas, ainda que provisórias, da realidade em foco. Por esse ângulo, as diferenças, até mesmo, na primazia ou não por eleger determinado serviço como primeiro contato, estão atreladas a condições que, muitas vezes, excedem a governança dos sujeitos nas esferas municipal e regional, tais como o padrão de financiamento, disponibilidade de profissionais, especialmente médicos, e capacidade técnica para gestão do cuidado no âmbito da organização dos serviços e no exercício das práticas de atenção nos microespaços.

Por outro lado, as questões que extrapolam a governabilidade local confundem, sobrepõem e intensificam os problemas sob responsabilidade direta dos diferentes sujeitos nos territórios microrregionais, desdobrando-se: na extensão da cobertura da ESF nos municípios, localização e distribuição das USF, número de pessoas inscritas às USF, horário de funcionamento e disponibilidade de profissionais, infraestrutura das USF, elenco das funções exercidas pela equipe etc. Não obstante, a modelagem resultante das escolhas dos sujeitos, nos três níveis da gestão do cuidado (político, organizacional e práticas), definem a robustez, ou não, dos atributos da APS e, por sua via, conformam a posição da ESF na rede microrregional. Ainda assim, ressaltamos que as supostas escolhas dos sujeitos não são meras opções individuais, posto que estrangimentos de diversas ordens, sobre os quais sujeitos individuais têm pouca governabilidade, condicionam e limitam as escolhas e ações. Os discursos, a seguir, aproximam-nos dessa realidade,

Dificuldade no financiamento e repercussão no acesso...

[...] óbvio que a atenção básica é uma porta de entrada do sistema, mas infelizmente a atenção básica está praticamente renegada com esse recurso. Eu que vim da atenção básica, sei o que é estar no dia a dia reproduzindo que a atenção básica não tem dinheiro, que não tem recurso para gerir pessoas, para expandir, mantendo as equipes de Saúde da Família com o nível que deve ser mantido de atendimento na cobertura, no número adequado de famílias. Hoje, temos que a maioria de nossas equipes extrapolam o número de famílias. E isso reflete na assistência, na falta de acesso. Então, hoje, o maior desafio que vejo é a gente ter acesso de atenção básica para nossa população (Ent.7, GM).

USF sem EqSF e usuários desassistidos...

Nós soubemos de gestores que, agora em janeiro, deu recesso no município para atenção à população. Não tem uma equipe de saúde trabalhando. [...] Esse mês está sem trabalho na área de saúde. O que tem é que as unidades estão abrindo com o pessoal de nível médio. Então, não tem um enfermeiro, não tem um médico, não tem um dentista, não tem ninguém. Porque fez um concurso e só vai chamar o pessoal em fevereiro. Quer dizer, esse concurso já se deu há algum tempo e, de repente, você precisar sacrificar a população [...] (Ent.14, GR).

Entrada pela USF, resolução em outros pontos...

[...] nos municípios de médio porte, a cobertura da ESF está girando nessa média de 60%, ou seja, não atende uma parcela da comunidade. Eu acho que chega a ter um atendimento inicial na ESF, mas, muitas vezes, pouco resolutivo. [...] E aí, acaba sendo demandado para hospitais regionais várias dessas demandas das USF. E, nos municípios menores, a questão é a atenção básica mesmo. A maior parte dos municípios não tem outro serviço, é a atenção básica. E esse município tem normalmente, na Bahia, mais do que 90% de cobertura. Então, a entrada mesmo é a atenção básica, é a USF. A questão é como que ela está integrada dentro do sistema. A USF consegue coordenar esse cuidado? Ela faz de fato a vinculação e resolve aquilo que é possível ser resolvido na atenção básica e, quando não, se responsabiliza pela regulação desse usuário para ele ser atendido em outra unidade de forma referenciada? A gente sabe que na maior parte das vezes não, pois existem várias falhas no sistema, que vão desde problemas no componente municipal, estadual e federal da gestão. [...] na maioria do Estado, a atenção básica já se constitui como a principal porta de entrada. O problema é qual a qualidade desse processo e o que significa ser uma porta de entrada num sistema que não está integrado (Ent.16, GE).

As três falas recortadas de gestores que atuam, respectivamente, nos espaços municipal, regional e estadual convergem e destacam o desafio para consolidação da ESF como porta de entrada preferencial, essencialmente pela cobertura inadequada, ou seja, não é possível a ESF ser um serviço de primeiro contato aos cidadãos que, mormente, não encontram a oferta desse serviço entre as opções da rede e, portanto, são impelidos a buscar alternativas para resolução dos seus problemas de saúde (Tabela 8).

Tabela 8 – População coberta por ESF e quantitativo de EqSF, ESB e NASF nos municípios da Microrregião de Vitória da Conquista, Bahia, 2011

Município	População	Estimativa população coberta	Nº EqSF	Proporção cobertura	Nº ESB	Razão ESB/ESF	Nº NASF
Anagé	25.516	24.150	7	95	2	0,3	1
Barra do Choça	34.788	34.788	12	100	4	0,3	-
Belo Campo	16.021	16.021	6	100	2	0,3	-
Bom Jesus da Serra	10.113	10.113	3	100	3	1,0	-
Caetanos	13.639	13.639	4	100	3	0,8	-
Cândido Sales	27.918	20.700	6	74	3	0,5	-
Caraibas	10.222	10.222	4	100	3	0,8	-
Condeúba	16.898	16.898	6	100	5	0,8	-
Cordeiros	8.168	8.168	4	100	2	0,5	-
Encruzilhada	23.766	13.800	4	58	4	1,0	-
Maetinga	7.038	7.038	4	100	2	0,5	1
Mirante	10.507	10.507	4	100	4	1,0	-
Piripá	12.783	12.783	6	100	2	0,3	-
Planalto	24.481	20.700	6	85	3	0,5	1
Poções	44.701	34.500	10	77	8	0,8	1
Pres. Jânio Quadros	13.652	13.652	7	100	3	0,4	1
Ribeirão do Largo	8.602	8.602	4	100	2	0,5	-
Tremedal	17.029	17.029	5	100	3	0,6	1
Vitória da Conquista	306.866	127.650	37	42	29	0,8	4
Microrregião	632.708	420.960	139	67	87	0,6	10

Fontes: MS/SAS/DAB e SESAB/COAM/DAB (Bahia, 2013b)

Nota: Competência dezembro de 2011

Contudo, mesmo essa constatação não é suficiente, posto que, na microrregião, em territórios com 100% de cobertura formal e com cadastramento da maioria da população a uma USF de referência, a procura das unidades como primeira opção sofre interferências de diversas ordens, sobressaindo nos discursos de gestores, profissionais de saúde e usuários a indisponibilidade do profissional médico como um dos maiores entraves à expansão do acesso e à garantia do cuidado nas USF.

Oferta insuficiente e/ou baixa adesão dos médicos...

Temos dificuldade de captar o médico, então, assim, tínhamos já nesse ano, de 2011, perspectiva de cinco novas equipes de Saúde da Família, [...]. A gente sabe que o profissional enfermeiro, odontólogo e os demais membros da equipe a gente tem facilidade de abrir uma seleção e captar, mas o profissional médico não. Até semana passada estávamos com quatro equipes sem médico (Ent.7, GM).

Médico sem identidade com a ESF...

[...] eu sou médico no PSF, não do PSF, você consegue entender a diferença? Eu faço cinco turnos aqui. E, na verdade, não são turnos inteiros. Porque tenho um contrato com a prefeitura para atender neste PSF, então está é a realidade. Tenho contrato para vir aqui e prestar um atendimento, mas eu não sou um médico de PSF. Você está lá no PSF, mas assim, como se você não fosse membro da equipe de fato. Digo para a enfermeira que eu devo permanecer aqui mais 2, 3 meses. Mas já estou há 2 anos sempre falando com o pessoal: “Olha, precisa arrumar um médico e tal, que eu não vou permanecer, não vamos continuar”. Só que como a comunidade tem gostado do nosso serviço, mesmo não dando para ela o serviço que deveria ter, a população tem gostado, simplesmente pelo fato de atendê-los bem [...] (GF-T3).

USF como espaço para cuidados simplificados...

O hospital e a USF da gente é um vizinho ao outro. Só que no hospital tem médico 24 horas, sete dias por semana. Eu sou médico do PSF e só trabalho três dias por semana. Então, quando os pacientes procuram a USF, acabou o número de fichas [...]. O acesso para quem tem uma emergência, alguma coisa, fica mais complicado na USF e eles preferem ir direto ao hospital. Mas, também, por acharem que o hospital vai resolver o problema deles. Acho que eles encaram assim: a USF, aqui na sede, a consulta é agendada, mas no caso de urgência e de uma coisa que eles consideram mais séria, já procuram diretamente o hospital. Acham que tem uma estrutura melhor. Mas, assim, o hospital daqui, considerando os outros que eu conheço, não é cheio [...] (GF-T2).

USF sem atendimento regular...

Quando adoecemos vimos aqui primeiro no posto [todos concordam]. Depois se ver que aqui não tem jeito aí vai pra cidade. Só que aqui [USF zona rural] não é todo dia que tem médico no PSF. O dia que não tem médico no PSF, liga pra SMS, a ambulância vem e busca o paciente e leva para o posto médico da sede. Não fica sem atendimento não, tá? Só que é assim, era bom que tivesse aqui mesmo. Porque aí livrava de deslocar para cidade, porque se o PSF foi construído pra atendimento. Tem que ser bem atendido. Ter profissional, assim, o dia todo, até à noite. Porque a doença não marca hora pra chegar, né? Às vezes, uma pessoa passa mal à noite, nunca ficou ninguém sem socorro, vai ao orelhão, liga pra SMS e a ambulância vem pegar. Hoje já tem o SAMU que atende na cidade também (GF-U1).

Para configuração de um serviço de Saúde da Família como porta de entrada preferencial pressupõe-se que tenha capacidade de acolher a demanda dos usuários no momento da busca, sendo reconhecido pela população como local de primeiro acesso para a maioria dos cuidados (regulares e episódicos), por meio de equipe de profissionais acessível na maior parte do tempo, com competência técnica, suporte material e com respostas adequadas aos casos que dependem do apoio tecnológico de outros pontos da rede de serviços de saúde (Starfield, 2002; Giovanella e Mendonça, 2012). Por essa óptica, algumas evidências na microrregião contrariam tal expectativa e comprometem o primeiro atributo de uma APS robusta. Os depoimentos revelaram um cenário crítico, porquanto, a cobertura parcial, conforme já anunciamos, somada ao número excessivo de pessoas sob o cuidado de uma única equipe, por si já constroem a capacidade dos profissionais em abarcar as demandas de maneira resolutiva e, particularmente, estarem acessíveis no momento em que são requeridos pelos usuários.

A composição da equipe de saúde da família, também, limita a ação permanente dos trabalhadores da saúde, visto não serem possíveis esquemas de intersubstituição³² (para uma mesma categoria profissional) na ausência de um dos profissionais de nível superior, seja, por exemplo, para desenvolver uma atividade externa ligada à comunidade (visita domiciliar, atividade educativa), para qualificação técnica, por férias, adoecimento, entre outros motivos. Nessas ocasiões, as USF ficam desfalcadas de um dos membros e a população transitoriamente “descoberta”. Além disso, os horários e dias oficiais de funcionamento, de segunda à sexta-feira, em dois turnos (horário comercial), com pausa para o almoço são, por si, limitadores para diversos grupos que trabalham e/ou estudam e, também, na microrregião, há situações agravantes que obstaculizam o acesso, por conta do não cumprimento dos horários acordados, pelo tempo de deslocamento para zonas rurais afastadas e pela existência de diversos turnos sem médico, muitas vezes, em conformidade com os gestores locais.

No cotidiano das equipes, a organização das atividades torna-se reativa às imposições limitadoras da demanda, ou seja, os profissionais, mesmo quando desejam e são estimulados a desenvolver ações para além da clínica biomédica, acabam por não conseguir e reduzem as USF a ambulatórios guiados pela queixa-conduta, com práticas mais centradas nos procedimentos que nas pessoas. Por outro lado, muitas equipes buscam certa racionalidade na condução do processo de trabalho e acabam por fechar-se em práticas programáticas, atendendo demanda organizada para certos grupos populacionais, mas comprometendo o atendimento oportuno de situações episódicas e de indivíduos menos aderentes à USF, ou o oposto, tornam-se excessivamente abertas e conduzidas, essencialmente, por demanda espontânea dos usuários. Nesse sentido, o desequilíbrio entre demandas programadas e espontâneas corroboram práticas distantes de uma APS forte, contribuindo para o não reconhecimento pela população-usuária, da USF enquanto locus privilegiado para o cuidado, contudo, o mais delicado é tornar equipes engajadas e que buscam desenvolver um processo de trabalho mais centrado nas famílias, pouco distintas de equipes mais tradicionais ou sem envolvimento com o trabalho, ou seja, há uma opacidade às boas práticas.

³² Nas USF, em Portugal, os profissionais (médicos e enfermeiros) fazem atendimento, no horário normal, aos usuários que não conseguem agendar consultas (não programadas) para seu médico/enfermeiro de família no mecanismo de “intersubstituição” para atendimento do usuário, caso necessário (intercorrência), por outro médico/enfermeiro da USF (Rocha; Sá, 2011). Por conta de ser uma “equipe ampliada” (vários profissionais da mesma categoria numa mesma equipe) é possível a intersubstituição nos momentos de folga, férias e outras razões que cominem com a ausência do profissional na USF (faz parte do planejamento da equipe) e haja necessidade de atendimento dos usuários do respectivo profissional, nesse sentido, a USF nunca fica descoberta.

Tais situações acentuam-se por restrições ao acesso oriundas de questões organizacionais (elevado número de famílias cadastradas por EqSF com, conseqüente, extrapolação das demandas), além das barreiras geográficas (distância entre residência e USF na zona rural) e barreiras técnicas (precariedade no acolhimento das prioridades). As entrevistas, a seguir, reproduzem parte dessa situação,

Excesso de famílias por EqSF e comprometimento do cuidado...

[...] a gente vê que as equipes estão superlotadas de famílias, então a USF de referência de cada região não consegue dar conta de total acesso para toda a população adscrita. Nem para quem busca não temos conseguido garantir esse acesso e, por isso, temos muitos acessos pela porta da urgência daquilo que não é urgência, então, busca-se a urgência como um ambulatório, então, temos hoje uma porta de entrada que são os ambulatórios, tem os próprios apoios que a gente recebe da própria universidade [graduação de medicina] que, também, tem sido uma porta de entrada. [...] uma equipe que era para trabalhar no máximo com 4 mil pessoas está trabalhando com 9 mil, então, a USF acaba sendo um grande ambulatório, porque ele [o profissional] fala, principalmente o médico: “é melhor eu estar no consultório atendendo do que estar no grupo de hipertensão, porque o grupo pode ser feito pelo enfermeiro, pode ser feito pelo pessoal técnico de enfermagem”. Então, começa a reduzir muito esse papel da educação em saúde, da parte da prevenção e virar apenas um ambulatório (Ent.7, GM).

Equipe mínima para demandas alargadas e complexas...

[...] o número elevado de famílias, se for comparar, outros municípios têm vários outros defeitos, outros problemas que aqui não tem, mas em relação ao número de famílias, nunca vi. Todas as equipes estão com número excedente de família, e não é número excedente de 200 pessoas não, é exatamente o dobro do que é preconizado. O MS diz que tem que ter 1000, a minha tem 2 mil famílias para uma equipe mínima multiprofissional. Isso a minha, porque a outra equipe deve estar com quase 4 mil famílias. [...] não existe condição de uma equipe mínima desenvolver um bom trabalho: “Ah, porque o povo não está acostumado ao PSF”. Mas não é questão de costume não gente, mas não vai conseguir fazer com que uma proposta que está dizendo que é para mil que, mesmo assim eu já acho exorbitante, pois, se for pensar na complexidade que é a Atenção Básica. Porque a gente fala que a Atenção Básica é como se fosse uma coisa básica, mas PSF é uma coisa tão complexa que acho que nem pode mais falar uma coisa, assim, como só Atenção Básica (GF-T4).

Populações rarefeitas e dispersas no território...

A grande dificuldade que a gente encontra no nosso PSF é a questão do município ser muito rarefeito. Por exemplo, o PSF está numa unidade de uma região e tem família a mais ou menos 15 km de distância. Entendeu? É uma grande dificuldade que a gente encontra devido à questão de acesso da população para esse PSF. Por ser uma população carente, não ter condições de pagar transporte, acaba dificultando um pouco o acesso e a nós que vamos fazer o trabalho (GF-T1).

Dificuldade de atenção oportuna...

[...] Quando, às vezes, eu sinto uma dor de cabeça que, às vezes, acho que pode passar e, às vezes, nem pode, mas vou deixando passar, não procuro o posto, só para eu, também, não ficar enrolada lá no posto, a pressão subindo, então evito ir. Acontece que a gente chega ao posto, não estou falando mal, mas acontece que você chega doente, vai esperando, esperando e quem tem desse problema [hipertensão] a pressão vai subindo, vai ficando nervosa. Então, prefiro ficar em casa e só vou ao posto no último caso. [...] é essa dificuldade, outro dia, cheguei com tanta dor de ouvido, eu cheguei de manhã, mas o que eu falava não convencia. Eu não consegui ficar, então mandou voltar a tarde, eu voltei a tarde, quando não estava aguentando mais foi que consegui ser atendida, talvez seja, por isso, que estamos falando que

não procuramos com mais frequência, por conta disso, porque a demanda é grande (GF-U4).

A razão de existir dos serviços de saúde são os usuários, logo, parece contraproducente que as USF sejam percebidas pela população como espaços indesejados, inseguros e não resolutivos, ou pior, lugares reservados aos que não dispõem de outros meios materiais, como serviço de segunda categoria, legitimando a ideia de “*rede básica como lugar das coisas simples*” (Cecílio et al., 2012, p.6). A consequência de uma Saúde da Família frágil, pouco acessível e com baixa resolubilidade, é a valorização excessiva depositada no hospital e a centralização na figura do médico, sobretudo, o especialista. Por esse aspecto, a população tem sua subjetivação impregnada pelo desejo de uso de materiais e equipamentos como sentido de saúde e prevenção, distinto da “simplicidade da USF”, assim, possuir um plano de saúde privado torna-se quase uma obrigação e garantia de “alforria” do SUS. Para Mattos (2009b, p.374), a dificuldade no acesso ao serviço pode levar o usuário “*a concluir que ele precisa de um plano de saúde (na suposição, não necessariamente real, mas eficaz simbolicamente, de que na saúde suplementar ele teria direito ao acesso sonhado)*”. O fragmento, a seguir, expõe essa problemática,

SUS: “ideia de que é para pessoa de baixa renda”...

Eu acho que a vacina atrai as pessoas para o posto de saúde. Porque ninguém quer pagar vacina, vacina é caro! Então, nisso, Saúde da Família inevitavelmente atrai. Mas no SUS, as pessoas têm a ideia de que é para uma pessoa de baixa renda [...] que o SUS não é de qualidade, não é? Até a própria localização, às vezes, da unidade, privilegia uma população [mais carente]. Lá na minha unidade [...] tem a ala A e a ala B. Então, as pessoas que são classe média e que têm plano de saúde, se sentem, inclusive, minimizadas, se você oferece o serviço da USF. Se sentem minimizadas de ir ao posto de saúde procurar algum atendimento que o ACS oferece. Não deixa o ACS entrar na casa, não deixa visitar, não quer saber. Trabalha o dia todo, nem estão em casa para saber. E quando estão em casa dizem assim: “Não, não preciso do posto de saúde, porque eu tenho plano de saúde” (GF-T4).

Somando-se ao que apontamos, as formas de agendamento de consultas nas USF parecem dificultar, ainda mais, a sua legitimação como porta de entrada preferencial. Nas observações e entrevistas, encontramos distintas formas de marcação de consultas na microrregião, entre USF de uma mesma cidade e entre profissionais de uma mesma USF. Existem marcações de consultas diretamente na recepção da USF com aprazamento diário para alguns programas específicos, marcação por meio de ACS para os usuários que residem em microárea distantes da USF, formação de filas para marcação por ordem de chegada, triagem matinal na USF para definição de prioridades ou, ainda, livre demanda com limite de vagas conforme cada profissional e/ou ação a ser desenvolvida. Todavia, não há opção de

marcação por telefone, nem tampouco agendamento com horário marcado. Nesse aspecto, os usuários queixam-se por ter de chegar cedo e permanecer durante um turno inteiro para serem atendidos, mesmo no caso de consultas previamente agendadas de demanda programada. Mesmo que essa seja uma prática comum, também, em clínicas privadas, parece que no espaço público, já desacreditado, ganha proporções mais dramáticas. Os posicionamentos dos trabalhadores da saúde e usuários em grupos focais ilustram algumas dessas passagens.

USF como serviço para pobre...

As pessoas que têm poder aquisitivo maior detêm plano de saúde. Alguns não, mas os que detêm procuram os serviços particulares. Só que o pessoal que é da minha área, que são da parte mais carente, com certeza procura mais o posto de saúde. [...] Pessoas que têm plano de saúde na área, até querem esse vínculo, às vezes, procuram o médico na USF para saber alguma coisa, mas sempre falam: “Como eu tenho plano de saúde, prefiro dar a minha vaga para quem não tem”. Têm essa noção. Ou então, fazem a consulta com o médico e os exames preferem pagar pela demora do resultado (GF-T4).

USF com atendimento à livre demanda...

O agente de saúde [ACS] encaminha a gente. Diz o dia que o médico vai tá no PSF atendendo. Porque o ACS tá sempre orientando a gente, nessa área. Ninguém marca não. Às vezes, você tá em casa sentido dor ou algum probleminha, aí você diz “vou no PSF”. Aí, você é atendido aqui sem marcar. Eu venho e atende, não marca não. Começa às oito horas. Só que sempre atrasa. [...] vocês vieram e viram a estrada como é que é. Choveu, todo mundo fica atolado, sem poder se deslocar da cidade pra cá e de cá pra cidade. Então, atrasa nessa época. Aqui a partir das 8h já tem médico. Não tem aquela quantidade, que diga “hoje o médico atende tantos”. Tanto que quando vem, ele trabalha demais, porque, às vezes, tem muita gente e ele não quer deixar ninguém sem atender, então ele trabalha o possível pra atender todas as pessoas. Mas não marca assim “olha, o médico hoje vai atender só 20 pessoas”, não tem essa regra não. Quantos tiver, ele atende! (GF-U1).

USF com falhas na priorização de demandas e prerrogativa para influências pessoais...

E é assim, se você não conseguiu aí você volta no outro dia: “Há quantos dias você está com esse problema?”, “Ah, X dias?”, “E porque você não veio antes?”, “Mas, eu vim e não consegui a vaga”. Está entendendo? É aquele jogo de empurra, aquela limitação. Mas, se você tem uma amizade, conhecimento você é atendido mais rápido, entendeu? Aí te passa na frente, te dá uma senha (GF-U3).

Serviço indesejado por usuários ou usuários indesejados no serviço...

[...] se tiver com a consulta marcada menos mal, mas se adoecer de repente e chegar lá [USF], de repente, ser atendido, não é fácil não. [...] a gente acaba ficando em casa com chazinhos. É que tem muita gente que tem prioridade. Eu até evito. Eu só venho no último caso. [...]. Outra coisa, [...] a gente tem que chegar 7h às 7h30min se for atendido no turno da manhã. Quem tem consulta marcada, porque a triagem já é outra coisa. Tudo bem, chega, faz a ficha. Quando a médica chega [...] dá 9h, 9h30min, 10h, fica conversando na porta, às vezes, sai de uma para outra [porta], aí depois é que resolve nos atender (GF-U4).

Acrescentamos, ainda, a estrutura física e as acomodações das USF observadas em sete USF em quatro diferentes cidades e, também, relatadas pelos entrevistados. Nesse sentido, as USF, em algumas circunstâncias, ainda, localizam-se em ambientes adaptados,

com restrição de espaço para o desenvolvimento das atividades clínicas e/ou administrativas. Todas as USF visitadas estavam limpas e com pintura recente, mas o espaço da recepção, em todas, era insuficiente para acomodação confortável dos usuários e as pessoas expõem suas demandas sem privacidade no balcão de atendimento. Além disso, não foram observados meios de entretenimento para preencher o tempo de espera, ausência de climatização, *layout* pouco atrativo, comprometimento da acessibilidade, poluição visual em relação ao material informativo (alguns improvisados), com falhas na ambiência e sem uma identidade estética, ou seja, as USF, ainda assumem uma aparência pouco atrativa e simplificada. Todo esse ambiente, interfere no acolhimento e no cuidado a ser prestado, pois o usuário fica constrangido a expressar rapidamente seu problema e os funcionários da recepção trabalham sob pressão, gerando estresse nas relações e falhas na cordialidade entre a população e os trabalhadores da USF, notadamente, na recepção das unidades. O fragmento destacado versa acerca dessa falha no acolhimento e o descontentamento de um grupo de usuários,

Falha no acolhimento: “a gente precisa de carinho”...

Então, se chegar lá [recepção] e fizer uma pergunta, que pode acontecer, como eu presenciei outro dia, fiquei uma manhã todinha lá observando o atendimento, ela repete a mesma resposta umas “cem vezes”. Acho que para cada vez que aquele profissional está respondendo uma pergunta, acho que falta na consciência que ele respondeu “cem vezes”, mas a pessoa que está chegando é única, é uma de cada vez. Se estou naquela posição [recepção], tenho que saber realmente que tenho que responder quantas vezes forem preciso, porque são pessoas diferentes que procuram. [...] Outras pessoas falam um pouco mais alto. A gente mora num bairro que é um pouco barulhento, às vezes, faz uma pergunta vai passando um ônibus, sei lá o que, alguém está conversando alto, elas [recepção] não têm, às vezes, essa forma de explicar com mais jeito. Às vezes, a gente não sabe, pode ser a primeira vez daquela pessoa no posto. [...] A gente chega lá, meu Deus do céu, às vezes, estão de mal humor e a gente não tem nada a ver. A gente chega lá com dor. No atendimento, eu acho que a gente precisa de carinho. Ainda mais o idoso, o idoso e todo mundo, mas ele porque já vem “esclerosado” um pouco, precisa de carinho. Não é passar a mão pela cabeça, a gente precisa de atenção, quando vai explicar uma coisa. Não é chegar e ser do jeito que eles querem não, não é? Isso atrapalha a gente (GF-U4).

Numa das USF, por exemplo, a área externa (entorno da unidade) estava suja e com jardim descuidado, o que gerou um diálogo entre alguns usuários que esperavam, por consulta, sentados ao sol, por falta de espaço na recepção: “eles [profissionais da USF] chegam em nossa casa e dizem o que está certo e errado, o que está sujo ou limpo, mas chegamos aqui [USF] e nos deparamos com essa sujeira. Mas aqui não podemos falar, pois acham ruim quando reclamamos” (diálogo captado durante observação a uma das USF).

Essa miríade de fatores objetivos e subjetivos repercute nas escolhas dos usuários e disposição para elegerem à USF como prioridade na rede de serviços de saúde, mas, também,

nas escolhas dos profissionais, particularmente médicos. Alguns relatos revelam essa constatação,

USF como espaços precários para o trabalho e para o cuidado...

[...] Agora você pisou no calo! A minha unidade mesmo tem estrutura antiga [...] realmente a estrutura física não é tão adequada [...]. Outra USF é uma casa que a prefeitura comprou e foi adaptada, mas consegue desenvolver o trabalho, agora em questão de material, por exemplo, sempre é muito baixo o medicamento de emergência [...]. Já a minha é uma das unidades mais precárias que tem aqui no município [...] são duas casas alugadas que tentaram adaptar. [...] Nós criamos uma recepção, não tem uma porta de entrada para a recepção, é uma porta lateral, então a comunidade já chega meio perdida, sem saber quem procurar. E os consultórios em outro local, totalmente, longe da recepção, então tenho o trabalho de atender e o trabalho de recepcionista também. [...] até o pessoal que coordena reconhece que é uma unidade que não tem estrutura nenhuma para funcionar como USF. [...] no consultório onde eu atendo. Se eu tenho que abrir a janela para circular um ar e a paciente chega e diz que tem uma dor na mama, como eu posso fiscalizar e observar a mama dessa pessoa com a janela aberta? Fecho a janela, mas aí faz um calorão tremendo. Não tem um ar condicionado, não tem equipamento, nem tem nada, entendeu? É outra dificuldade a questão estrutural. Então, assim, se tivesse essa segurança [suporte de material] aí não tenho dúvida que outros colegas estariam aqui e o PSF teria médico às 40 horas da semana como deveria (GF-T3).

A descrição das USF no relato do grupo focal de trabalhadores reforça a ideia de precariedade da estrutura física dos estabelecimentos de saúde. Todavia, é importante salientar que não se trata de uma homogeneidade entre as USF da microrregião, aliás, há inúmeras discrepâncias entre as USF de um mesmo município e, obviamente, entre as dezenove cidades que compõem a região de saúde. Ainda assim, nas USF visitadas os consultórios, por exemplo, eram mais “acolhedores” na dependência da disposição dos próprios profissionais em ornamentá-los com quadros, pinturas e/ou outros elementos estéticos.

Por outro lado, constatamos, nas entrevistas e observações, que o investimento em infraestrutura das USF tem ocupado a agenda dos formuladores de políticas e gestores, na busca por reverter o débito histórico na adequação dos estabelecimentos de saúde para desenvolvimento qualificado de ações em APS. Os trechos das entrevistas, adiante, sinalizam esforços recentes por melhores condições de trabalho e assistência,

USF melhoradas, mas ainda falta muito...

A maioria das USF passou por reforma, foi totalmente refeita. Nas zonas rurais todas têm sede própria e a única USF, justamente a que você visitou agora, você viu que é uma casa alugada, pois foi implantada agora. Mas a gente, também, já fez o projeto para a reestruturação. Mas todas que foram reformadas, eu considero com boas condições. Falta material, uma coisa ou outra, mas são bem estruturadas têm boas condições que dá para oferecer um atendimento de qualidade. [...] às vezes, falta uma mesa, uma cadeira, às vezes, falta uma geladeira. Por exemplo, na sala de

vacina, a gente está precisando comprar geladeira, porque o pessoal na zona rural tem de levar a vacina todo dia, então o enfermeiro tem que levar a vacina na caixa térmica. E se tivesse uma geladeira lá, diminuiria isso (Ent.4, GM).

Fomento à qualificação das USF...

[...] antigamente era gritante. A gente chegava nessas USF, tinha até que pedir para interditar e fechar, porque não tinham condições nenhuma para funcionar como uma unidade de saúde. Mas aí com o convênio, o MS junto com o Estado, a SESAB tem investido muito em construção e reforma de USF. E isso, tem melhorado muito, porque a maioria hoje, nos nossos municípios, as USF foram construídas ou reformadas. Tanto é que, nesse ano, novamente, já lançou um programa de requalificação de USF, que a maioria dos municípios aderiu e entrou nesse programa tanto para reforma como para construção. São poucos os municípios hoje que têm as unidades alugadas, a maior parte deles são unidades próprias, já construídas ou reformadas. [...] quando é uma nova equipe, aí é que eles alugam, mas logo, logo, também, já entra no plano do governo, para reforma ou construção (Ent.12, GR).

Infraestrutura da APS na agenda política...

[...] a gente colocou como meta a construção de 400 unidades, construímos 397 e estamos com 130 em construção [novembro de 2011]. Então, já passamos aquela meta inicial, vamos chegar quase na marca de quinhentas e poucas unidades construídas. E o governo já lançou uma continuidade desse programa. Então, a gente está investindo na construção de unidades. [...] a Bahia foi um dos estados com o maior número de unidades em situação adequada do Brasil. [...] é porque o dado no Brasil é muito ruim, não é? Pelo dado total do Brasil, há 76% das unidades em situação que não obedecem a RDC 50. A Bahia ficou com 70%. Isso, então, é fruto dessas novas unidades que a gente construiu (Ent.16, GE).

Corroborando as informações dos gestores entrevistados, documentos institucionais apontam um importante esforço da SESAB em apoiar a requalificação das estruturas e construção de novas USF, por meio do Programa de Construção de Novas Unidades de Saúde da Família, desde 2007. Segundo avaliação da SESAB, 383 USF foram entregues, destas 340 construídas e 43 reformadas, em 296 municípios, sendo que 112 USF estão em obras. A segunda etapa do projeto prevê mais 400 USF, ressaltando que houve melhorias no projeto inicial com uma nova planta de USF, aumento da área construída, ampliação dos consultórios, sala de reuniões e pequeno auditório multiuso com acesso externo para atividades de finais de semana com a comunidade e sala de acolhimento, além de garantir espaços confortáveis para sala de nebulização, sala de procedimentos e coleta, sala de imunização, farmácia e banheiros adaptados para pessoas com deficiência (Bahia, 2012c).

Agregando-se a isso, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2011b,c), nos componentes “ampliação” (Portaria 2394/11) e “reforma” (Portaria 2206/11), lançados pelo Ministério da Saúde, em 2011, contemplou, na Bahia, 817 projetos de reforma, sendo o estado com maior número de unidades contempladas pelo programa (Bahia, 2012c). Na microrregião de Vitória da Conquista foram credenciados 13 municípios com 58 projetos de reforma e 9 municípios com 18 projetos de ampliação, ficando de fora apenas os

municípios de Anagé e Caetanópolis (Brasil, 2012). Salientamos que, tanto a SESAB, quanto o Ministério da Saúde, disponibilizam parâmetros técnicos, baseados na Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC 50, de 2002), para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos com orientação para os gestores municipais.

Em síntese, os investimentos em infraestrutura física e qualificação da assistência ofertada nas USF nos diferentes pontos da microrregião podem fortalecer e aprimorar a Saúde da Família, ao reverter a imagem negativa associada aos estabelecimentos de APS, contribuindo para torná-los sítios de busca inicial e fonte regular de cuidados na rede.

4.1.2 Processo de trabalho nas EqSF: modelo médico-centrado e serviços “sem médico”

Para fortalecer a ESF é necessário processos de trabalho em saúde voltados às pessoas, o que implica na capacidade resolutiva da equipe de saúde, ou seja, requer expansão de suas funções e responsabilidades para gestão do cuidado no nível das práticas (Cecílio, 2009). Por esse prisma, o atributo da longitudinalidade que pressupõe um vínculo entre os profissionais e os usuários, com estabelecimento de relação pessoal e continuidade do cuidado ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença, é dependente de uma fonte de busca regular e preferencial (Starfield, 2002).

O cardápio de oferta de serviços nas USF é semelhante e segue, grosso modo, as recomendações da política nacional de atenção básica, contudo, o processo de trabalho, ou seja, o modo de produção do cuidado é bastante heterogêneo entre as distintas EqSF espalhadas pela microrregião, diferindo, inclusive, dentro de um mesmo município, o que acaba produzindo uma miscelânea de práticas assistenciais sem um claro direcionamento, ficando, muitas vezes, a critério dos profissionais em cada unidade de saúde, restando aos usuários um ajustamento ao cardápio de serviços ofertado e ao *modus operandi* de cada equipe. Ainda assim, há determinados modelos de comportamento nas práticas que se reprisam em distintos lugares e nos permitem apreender o quão se aproximam ou se afastam dos atributos de uma APS forte.

Entre as atividades comuns das EqSF podemos destacar as ações clínicas individuais de médicos, sendo essas, também, as de maior visibilidade nos discursos dos entrevistados. Nesse aspecto, os escassos turnos de trabalho médico (com exceção de Vitória da Conquista), o grande número de famílias cadastradas por equipe e a cobertura parcial nas maiores cidades

da microrregião, favorecem uma demanda pressionada por atendimentos individuais e que conformam as USF em ambulatorios, com pouca ou nenhuma distinção de outros estabelecimentos de saúde mais tradicionais. Nas cidades visitadas, por meio de entrevistas e nos discursos de gestores e técnicos nas reuniões do CGMR, houve convergência de que a organização das atividades clínicas individuais é moldada pela agenda médica,

Insuficiência de tempo para o cuidado...

Porque eu tive oportunidade de visitar pronto-atendimento de alguns municípios aí que é lotado e as portas do PSF lá, vazias. [...] Se o PSF está instituído que é das 8h às 17h, essa carga horária tem que ser cumprida, mas a gente sabe que hoje em dia, tem PSF rural por aí que 2h da tarde a equipe já está de retorno (Ent.1, GM).

USF como ambulatorios e compreensão estreita sobre o cuidado em saúde...

[...] a EqSF acaba se transformando em um pequeno ambulatorio, porque não dá tempo. Você sabe que PSF é prevenção. E, às vezes, exatamente pela demanda, pela questão de horário, aí acaba limitando só nas consultas, e o que é ideal mesmo é a prevenção, mas o profissional não acha tempo pra fazer isso (Ent.4, GM).

USF como ambulatorio melhorado...

[...] mesmo que tenha 100% de cobertura, o que a gente observa na prática é que o PSF é um ambulatorio melhorado. Então, não há comprometimento dos profissionais das equipes, é claro, com honrosas exceções, não há. Culturalmente não há comprometimento em fazer a ESF. Então, vai até a unidade atende, acabou, principalmente médico. Eu brinco sempre que ele chega de costa para sair mais rápido. Então, a questão é atender o quanto mais rápido possível. Tenho visto isso em municípios com a remuneração inclusive salarial muito melhor que aqui, pois na região, aqui é que tem o salário menor (Ent.9, GM).

Processo de trabalho médico individual...

[...] Ele [médico] não desenvolve um bom trabalho com a equipe, sempre é individualista, faz só o trabalho dele, não faz as atribuições que são para a equipe. O que são atribuições da equipe, ele nunca consegue desempenhar em conjunto. Infelizmente, muitos médicos, ainda, não têm e não incorporaram o perfil da ESF. Muitos vão para dentro da EqSF para fazer ambulatorio. Vai lá pra dentro pra atender, atender, e não quer estar junto com a equipe, não quer fazer uma visita domiciliar. Uma boa parte desses médicos não quer fazer visita domiciliar, não quer fazer trabalhos em grupo ou uma sala de espera. [...] as atribuições que são da equipe eles não estão desenvolvendo. Eles estão ganhando bem e isso gera uma insatisfação entre os outros profissionais. Porque eles [os demais] trabalham mais, fazem bem mais coisas e ganham muito menos (Ent.12, GR).

A atração e fixação do médico às EqSF foi um problema frequentemente relatado por todos os entrevistados e constitui-se num desafio aos gestores municipais nas cidades da microrregião, precipuamente nas pequenas cidades. Por conta dessa dificuldade, os secretários de saúde lançam mão de inúmeros artifícios para lidar com o problema, nem sempre eficientes, e que, por vezes, agravam a situação ao invés de resolvê-la. Entre as diversas estratégias, a mais comum é o pagamento de salários acima da média como forma de atração do médico, contudo, além de gerar insatisfação nos demais profissionais da equipe, contribui para alimentar a competição entre os municípios, aumentar a rotatividade dos profissionais,

precipitando a constituição de acordos informais de trabalho (carga horária reduzida ou flexibilizada, restrição de atividades desenvolvidas, número de atendimentos pré-definidos etc.) em detrimento das necessidades da população, ao contrariar, inclusive, os princípios e diretrizes previstos na política nacional de Atenção Básica à Saúde. Não por acaso, a gestão do trabalho e seus desdobramentos impactam na sustentabilidade da ESF, sendo tratados como um dos grandes desafios para gestores municipais e estaduais em todo o Brasil (Mendonça et al., 2010; Escorel et al., 2005; Pinto e Teixeira, 2011).

Na microrregião, as distintas táticas para atração e fixação de médicos em EqSF têm gerado distorções de todas as ordens no processo de trabalho esperado para a ESF, repercutindo na qualidade e resolubilidade da atenção prestada. Em entrevistas, os gestores abordam que não podem fazer seleção de profissionais com exigências que visem distinguir perfil para o trabalho, levando-os, até mesmo, a contratar médicos em idade avançada, recém-formados, ou a terem que fazer “vistas grossas” as ausências, outros vínculos coincidentes com o horário de trabalho e descumprimento das atividades propostas para a saúde da família. Os relatos abaixo contextualizam esses desafios,

Adesão médica condicionada ao salário...

[...] não se acha profissional médico. E quando acha, o valor é lá em cima, o município não tem condições financeiras de arcar com o médico para ficar de 2ª a 6ª. Por exemplo, no município pago o médico 3 vezes por semana, pago 8 mil reais. Então eles dizem: “Eu fico de 2ª a 6ª fazendo turnão, mas eu quero 12 mil”. De onde eu vou tirar mais 5 mil? Não tenho de onde tirar. Então, deixo-o trabalhando 3 dias, com risco de ter meu recurso suspenso. E a gente vai levando, fica refém dos profissionais médicos (Ent.3, GM).

Maior salário dos médicos não os fixa, nem garante melhor assistência...

[...] você sabe que PSF é 40h. Mas tem médico que faz em 3 dias, 2 dias, mas não faz as funções que deveria fazer, porque não dá tempo. A maioria do nosso PSF é na zona rural, aí sai daqui entre 8h e 8h e meia, vai chegar que horas? Tem PSF que dura em torno de 2 horas [deslocamento], então vai chegar às 10, 11 horas, e quando é 17h retornam. Então, o trabalho específico do enfermeiro fica atrapalhado, porque ele precisa do profissional médico, mas aí não vai ter aquele apoio do médico, então, muitas funções que deviam fazer acabam não fazendo (Ent.4, GM).

Rotatividade de médicos estimulada pela competição entre municípios...

Volto para aquele mesmo problema da rotatividade de profissionais, volto para aquele mesmo problema de assistência de recursos para a qualificação de profissionais e da capacitação. Hoje mesmo, tive a informação de que outro médico saiu. Então, estou com duas USF sem médico, que nos deixou agora em dezembro. [...] Você simplesmente tem um médico hoje e amanhã ele já não vem (Ent.5, GM).

[...] O médico fala: “Porque eu vou ganhar 7 mil, 8 mil em Conquista para trabalhar 40 horas? De jeito nenhum, o outro município me paga 10, 12 e tenho um dia de folga, ou, então, eu atendo só um turno” (Ent.9, GM).

[...] E o salário daqui é o menor da região [...] tivemos recentemente um médico que saiu do nosso PSF pra outro município vizinho para ganhar 15 mil, 3 dias na semana (Ent.7, GM).

Ruim com ele, pior sem ele...

Em relação ao médico é complicadíssimo. [...] não sei se é uma questão já de formação do profissional. Temos médicos aqui que desenvolvem um papel muito interessante, aquilo que se espera de um médico generalista de Saúde da Família. E temos outros que, por outro lado, ainda, têm aquela mentalidade mesmo da lógica de atendimento tradicional e que você fica numa situação difícil, porque você sabe que ele está assumindo um papel que ele não se identifica. Mas, às vezes, você tem que optar, ou fica com aquele profissional ali, ou você desliga e fica meses e meses tentando contratar outro profissional sem conseguir. É difícil! (Ent.11, GM).

Tais questões impactam diretamente no atributo da longitudinalidade do cuidado por EqSF, em particular, quando envolve cuidados médicos. Porém, apesar das inúmeras críticas aos médicos individualmente, um conjunto de condições que contribuem para tais situações, também, emergiu do discurso dos sujeitos. Para muitos médicos, a formação na academia não é suficientemente sedutora quando aborda o trabalho generalista, nesse sentido, as tecnologias mais adensadas e o fetiche por máquinas e equipamentos ganham o imaginário dos futuros profissionais, inclusive, distorcendo sua percepção sobre o papel da clínica (Merhy, 2002), além do que, muitas instituições centram-se numa formação médica distante das necessidades sociais, pautadas, sobretudo, no conhecimento técnico e fragmentado do trabalho médico, numa espécie de especialização precoce e concomitante redução da capacidade clínica, “*esquecendo-se do objetivo finalístico de seu trabalho que é a produção de maiores coeficientes de saúde*” (Campos, 2003, p.79). Tais questões estiveram presentes em depoimentos, inclusive de gestores municipais com formação em medicina (Ent. 9 e 10),

Descompasso entre a necessidade das pessoas e a formação médica...

A gente percebe que os profissionais médicos em sua maioria, até os recém-formados, eles estão passando por um processo de formação que não está casado com o que a política pública da atenção básica propõe. Então, hoje o profissional sai da graduação querendo ser o mais especialista possível, e a gente trabalha com a política das generalidades. Então a gente tem um perfil de profissional que não é o que a gente está buscando (Ent.5, GM).

Formação pública e interesse pessoal...

Porque ele [médico] já entra na faculdade não sabe nem o que é e vai fazer tal especialidade para ganhar muito dinheiro, para ter uma posição, espaço, status, alguma coisa desse tipo. Mas, enfim, ele já entra na faculdade com essa mentalidade, e ele já sai inclusive, também, da prática das residências médicas (inclusive fazem residências financiadas pelo SUS, pois as residências, 95% delas são financiadas pelo SUS) com a visão de que vai fazer serviço público de bico, de que vai atender para poder complementar ou começar a vida dele, ou seja, servir de escada. Então, a questão para mim é arraigada e cultural. [...] Ou serviço forma ou deforma. Ele sai com essa mentalidade e entra no serviço que está só pagando a ele, então ele vai entrar e sair, vai entrar e sair, vai entrar e sair. Limita-se àquela consulta banal que é a queixa-conduta e pronto (Ent.9, GM).

ESF como poupança para residência de especialista, refúgio ou passatempo profissional...

[...] tem uma dificuldade do profissional médico que está entrando no sistema e não está entrando na intenção de fazer o PSF como foi concebido. Ele não assistiu essa aula na faculdade, ou ele não teve essa aula, ou teve e assistiu, mas não quer nem saber disso. É o que a gente vê, via de regra. Ou ele é um profissional idoso e que por vários motivos não tem mais inserção no mercado de trabalho, ou ficou muito tempo afastado da medicina por outros interesses e aí teve uma queda do nível de vida e precisou voltar. Ou é um profissional recém-formado que tá fazendo uma poupança para ir para a residência, mas o objetivo dele não é ser médico do PSF. Ou são profissionais de diversas faixas etárias, de diversas situações que têm dificuldade geral de inserção no trabalho. Profissional que tá irregular, que não tem CRM, que veio do exterior e não se regularizou. A gente vê muito isso. Não vou dizer que é a maioria, mas a gente vê muito isso, o PSF serve muito de refúgio para esse tipo de profissional. É difícil você ver profissionais que escolheram o PSF como forma de ganhar sua vida. É difícil você ouvir: “Não, eu quero ser médico comunitário, eu quero ser médico da família”. É difícil você encontrar esse discurso no médico do PSF, quando na verdade devia ser a maioria (Ent.10, GM).

No mundo do trabalho, os profissionais médicos recém-formados acabam por buscar na ESF um meio de ganhar e poupar dinheiro para uma posterior especialização e/ou residência, sem, portanto, desenvolverem um sentido de pertencimento ao campo das práticas generalistas (Gonçalves et al., 2009), essa constatação apareceu, também, em grupo focal com trabalhadores (GF-T4) e nas falas dos gestores no CGMR. Por sua vez, não se trata de uma escolha meramente idealizada, porquanto, até nos serviços públicos de saúde, predominam as políticas e o financiamento centrados em especialidades de média e alta densidade tecnológica, fomentando o apelo pela medicina curativa e procedimental e encorajando a sua predileção. Por essa via, soma-se o apelo midiático pelo consumo excessivo de novos aparatos tecnológicos, aliado ao prestígio social e entre os pares para os profissionais que atuam em espaços hospitalares e/ou que lidam com questões mais específicas, em detrimento dos que labutam com as generalidades (Merhy, 2002). O gestor municipal, a seguir, apreende, com riqueza de detalhes, essa expectativa social,

Idealização da prática médica...

[...] a medicina está associada, no imaginário popular, a salvar vidas. A medicina está associada, no imaginário popular, a pegar a pessoa que está morrendo e trazer de volta à vida. Aí, o médico é o salvador, o curador, ele é o último recurso, é aquele que sabe o que fazer quando ninguém mais sabe. Isso, ainda, é muito forte, então, muita gente não quer trabalhar com medicina preventiva, porque, simplesmente, o que os levou a serem médicos é apenas um reflexo da valorização social do médico, não como o gestor, como um administrador, como um político da saúde, mas como um herói que vai lá salvar a vida. Então, muita gente quer trabalhar no hospital, quer trabalhar na ambulância do SAMU 192. A maioria dos médicos que pisam no SAMU 192, eles têm a intenção de trabalhar dentro da ambulância. Não têm a intenção de serem médicos reguladores. Poucos dizem que gostam da regulação. [...] E muitos reguladores ao longo do tempo vão saindo, até os bons, os que gostam, vão saindo. Tem uns que podem até gostar, mas não falam. Mas geralmente, eles entram

na regulação como se fosse um degrau para avançar, como se a intervenção estivesse num patamar superior. Então, a valorização popular da medicina se dá sempre em cima da intervenção, do salvamento, do estereótipo do herói que salva a pessoa no último momento. Isso é um dos motivos, também, pelos quais existe pouca vontade de ser médico da ESF. É uma questão cultural. Tem colegas que querem ser, que se comprometem. Eu vejo isso, mas não é maioria (Ent.10, GM).

Para amenizar esse quadro, inclusive de escassez de médicos, novos cursos de medicina³³ foram e continuam sendo implantados na Bahia, estando um deles na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), na microrregião de Vitória da Conquista, com algumas “inovações” no currículo e no projeto político-pedagógico, por meio do método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e inserção “precoce” dos estudantes no cenário do SUS, além de outros projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)³⁴ e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), articulados com outras instituições de ensino superior e outras graduações. Por sua vez, um dado inusitado emergiu acerca da repercussão desse processo formativo e a disponibilidade de médicos para Saúde da Família,

[...] aqui a gente teve uma grande esperança que com a universidade de medicina, a gente acabaria com esse problema [falta de médicos] e aí foi uma doce ilusão, porque da primeira turma não ficou um médico aqui no município, nem para procurar saber como seria. Dessa segunda turma, nós temos um que conseguimos porque é morador daqui, a esposa já trabalhava com a gente e conseguimos fixar para Saúde da Família. Até conseguimos médicos para SAMU 192 e para o plantão da urgência, mas para ESF conseguimos apenas um. E aí, vejo, muitas vezes, é que a gente cobra às 40 horas, os dez turnos tem que estar na unidade, ou para o turno de visita domiciliar, ou grupo educativo, ou reunião de equipe, então, de certa maneira tem um nível de cobrança maior. E o salário daqui é o menor da região [...] tivemos recentemente um médico que saiu do nosso PSF pra outro município vizinho para ganhar 15 mil, 3 dias na semana [...] (Ent.7, GM).

Apesar de muito preliminar, a evidência de não fixação de médicos na ESF, mesmo com algumas mudanças na formação, sinaliza a necessidade de ampla articulação entre ensino e serviço, essencialmente na definição do modelo de atenção à saúde disponível para os

³³ Até 2011, a Bahia contava com sete cursos de medicina distribuídos em duas instituições privadas (em Salvador), uma federal (em Salvador) e quatro estaduais (Feira de Santana, Ilhéus, Jequié/Vitória da Conquista) (CFM, 2011). Em 2012, o Ministério da Educação autorizou cinco novos cursos, sendo um em instituição privada (em Salvador) e quatro em instituições federais (Barreiras, Paulo Afonso, Santo Antônio de Jesus, Teixeira de Freitas) (Bahia, 2012d).

³⁴ O Pró-Saúde e o PET-Saúde têm como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. A articulação destas iniciativas visa: (1) à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; e (2) a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IES (Brasil, 2011, p.268).

futuros profissionais e alerta-nos acerca da insuficiência na mudança apenas dos métodos formativos. Em razão disso, gestores afirmam que o diálogo entre as instituições (ensino e serviço), ainda, carece de maior abertura e articulação para que a universidade capte e busque responder a demandas das políticas locais relacionadas ao SUS,

[...] acho que falta da universidade, seja de quem está dentro do nosso serviço sendo formador ou se formando, diante do que a gente oferece e com apoio da instituição, é essa articulação. Acho que falta uma engrenagem entre a necessidade da gestão, do que a gestão tem para oferecer, do que a gestão precisa e aquilo que a universidade tem para oferecer. [...] Acho que o que falta é a gente estreitar mais esse elo. [...] Deveria existir dentro do planejamento, ou das disciplinas, algum momento que a gestão pudesse participar, a gestão pudesse não ditar, mas construir em conjunto, levando as nossas necessidades, os nossos anseios [...] (Ent.7, GM).

Paralelamente, constatamos, também, um quadro de professores, no curso de medicina, exercendo a prática liberal em clínicas e hospitais privados dos municípios, que aliado à ampla oferta de emprego para médicos na região, tanto no setor público como privado, corroboram e legitimam a busca por melhores condições de trabalho com maior remuneração, em detrimento da ideológica defesa do SUS e da APS, ou seja, mesmo com formação em cenários do SUS, o mercado apresenta um leque diversificado de opções de trabalho que compromete e justifica a não permanência do médico ou a rotatividade em diferentes EqSF.

Além disso, na região analisada, não há exigência de formação específica, nem tampouco de acúmulo de experiências para trabalhar na ESF. Dessa forma, a ESF é um campo aberto para todo e qualquer médico (com e sem especialidade) indistintamente, corroborando a falsa ideia de medicina simplificada e de baixa complexidade (Gil, 2005; Castro et al., 2012; Lopes e Bousquat, 2011; Gonçalves et al., 2009). A livre oferta de especialidades de acordo com a decisão, apenas da corporação médica parece contrariar a lógica pública, pois tende a responder aos anseios do mercado, com reserva e proteção de determinados grupos estratégicos (Ney e Rodrigues, 2012), sem responder às necessidades do SUS, relegando à APS uma formação residual, comprometendo, inclusive, a qualidade da assistência prestada.

[...] quem devia trabalhar em Saúde da Família é quem tinha formação em Saúde da Família. Mas a gente vê que não é assim [...] todo mundo que se forma, o primeiro galho que pega é o Saúde da Família. Isso, enquanto, não forma e faz residência. Faz prova para residência, passa, tchau Saúde da Família! Então, a gente fica numa rodavida mudando de médico, mudando de enfermeiro, e a gente não vê a preparação dos profissionais. O que está acontecendo com as turmas novas que estão se formando de médicos? Estão passando 4 anos, os primeiros anos numa comunidade, na Saúde da Família, na unidade, mas, depois disso, a gente não vê esses profissionais se dirigindo para fazer a sua capacitação em Saúde da Família. A gente

vê a mesma coisa, todo mundo fazendo as grandes especializações, quanto mais complexa, mais atrai os estudantes, E a gente vai ficando com Saúde da Família assim, com médicos como eu, que trabalhei 31 anos em consultório e em serviço de saúde pública, mas do tipo ambulatório, e aí que no momento que aquilo não estava me agradando mais, resolvi partir para outra coisa, pois eu quis saber como é Saúde da Família. Aí peguei esse novo galho para viver e vim trabalhar em Saúde da Família. Estou tentando aprender. E do outro lado, a gente vê profissionais que acabaram de se formar e que pegam como primeiro emprego, mas pega enquanto não surge uma coisa melhor e fica esse rodízio (GF-T4).

Por sua vez, os médicos, participantes dos grupos focais, apresentaram suas versões e acresceram outros elementos que, mesmo dispersos, os afastam da APS: condições precárias de trabalho nas USF, sobrecarga de trabalho, excesso de cobrança pela gestão, dificuldade de trabalhar com questões administrativas nas USF (“excesso de papeis”), resultados lentos das intervenções clínicas, baixo adensamento tecnológico das USF, salários incompatíveis com 40 horas de trabalho, vínculo trabalhista precário, comprometimento do seguimento do cuidado nas especialidades (longo tempo de espera para os exames especializados), isolamento dos demais colegas de profissão, processos de capacitação/educação permanente em saúde pouco voltados às habilidades clínicas, municípios pequenos com poucas opções de lazer e de crescimento profissional, além da interferência política no acesso dos usuários. Os artigos de Gil (2005), Gariglio e Radicchi (2008), Gonçalves et al. (2009) e Cavalcante Neto et al. (2009) sinalizam a mesma perspectiva em profissionais e estudantes de medicina. A seguir, apresentamos alguns argumentos dos profissionais acerca dessas questões,

Baixo prestígio do médico generalista...

Na classe médica, os especialistas não veem o médico do PSF como atualizados, como bons médicos. Na prática, vejo é muitas críticas: “Médico do interior, não sabe nada, não sabe avaliar nada”. [...] mas talvez não conheçam a realidade do próprio trabalho do PSF, nem estudaram a política do PSF. Imagine um médico formado há 30 anos, não sabe nem o que é PSF. E o médico generalista, realmente o saber da medicina é muito amplo, não tem como saber tudo. Tem hora que você está procurando o especialista porque precisa do apoio. [...] Às vezes, um colega comenta: “Vixe, aquele médico do PSF!”. Existe esse preconceito (GF-T1).

Dificuldades para interiorização do profissional médico...

Nenhum médico vem para o interior por conta de concurso. No dia que fizer concurso, no dia seguinte vou embora, porque vão exigir 40 horas e vão diminuir o salário, vamos trabalhar na rede privada. Para a enfermagem e odontologia vale a pena, por conta que não vai mudar nada no trabalho, para a gente diminui e diminui, mas muito mesmo, não vale a pena. Concurso público no interior é complicado, pois não existe uma vantagem para o médico. [...] no interior afastado, onde nós médicos não queremos ir, longe da família, longe de tudo que estamos acostumados, acaba a gente recebendo um salário justo para aquilo. Mas nas outras grandes cidades onde a lei da oferta e da procura já é diferente não tem valorização nenhuma. Tira por Vitória da Conquista. O salário é ridículo para o tanto que a gente investiu, com tanto que a gente estudou e dos serviços que a gente presta (GF-T2).

Apelo pela medicina curativa hospitalar fragiliza a adesão do médico à ESF...

Eu recebo muitos mais pra trabalhar duas noites na semana no plantão do que no PSF daqui. Eu e todos nós tivemos propostas, principalmente médico que é inevitável por conta da demanda que é menor, para lugares onde se trabalha 3 dias e recebe mais que aqui. [...] é meio masoquista continuar aqui, pois o salário não é atrativo. Se fosse pelo salário ninguém estaria aqui, se fosse pela cobrança ninguém estaria aqui. Porque aqui, ainda, funciona bem porque é cobrado. Mas não existe estabilidade, não existe um emprego estável como em outra profissão. A gente é solto, os profissionais de saúde são soltos e ninguém sabe o dia de amanhã. [...] E outra coisa, é a questão do valor, por mais que no PSF ainda se pague mais do que outro setor da saúde, mas ainda é pouco. Amigos que trabalham comigo na UTI saíram [do PSF] e alguns me falam assim, quando eu digo: “vou largar, vou sair do PSF. Está decidido”. Eles falam: “É a melhor coisa que você vai fazer” (GF-T4).

Os argumentos dos profissionais desnudam a outra face dos desafios no cotidiano da Saúde da Família para atração de médicos. Obviamente há inúmeras controvérsias, notadamente na questão salarial e na cobrança por cumprimento dos turnos de trabalho, face às observações e depoimentos contraditórios de outros médicos, que atestam sobre um salário satisfatório frente à imposição da carga horária de trabalho, ficando como caso, destoante o município de Vitória da Conquista (menor salário e exigência de cumprimento dos turnos de trabalho). Outra questão relevante é considerar o quanto, determinadas “vantagens”, são decisivas e capazes de produzir práticas mais engajadas, comprometidas e centradas no usuário. Os fragmentos, à frente, destacam a experiência de médicos acerca do melhor salário em pequenos municípios,

No interior o salário é melhor...

[...] com certeza, a maioria dos médicos que vêm para o interior, com certeza é por questão de o salário ser melhor. Não adianta a gente dizer que isso não é verdade, que isso é uma realidade na prática. Enfim, então realmente acontecem propostas de outros municípios. [...] No caso do médico, a primeira coisa que a gente vê é a questão do salário, porque não adianta a gente falar que não vê, porque vê (GF-T1).

Bons salários e carga horária reduzida...

A grande verdade sem hipocrisia nenhuma é que nós [médicos] temos um salário bom no interior, um salário que a gente não tem na cidade maior. E aqui a gente consegue trabalhar uma carga horária menor. Eu trabalho três dias na semana e ainda trabalho com a especialidade no hospital. Então o pacote que eles fizeram para mim é interessante, que eu tenho uma carga horária relativamente baixa, recebo um salário justo pelo serviço que eu presto. Então para mim ficou bom e interessante. [...] Todos os médicos têm o mesmo pacote, eu ainda recebo menos, porque trabalho em zona urbana. Particularmente não gosto de zona rural (GF-T2).

Em campo, as observações mostraram, também, outro cenário mais positivo, ou seja, o processo de trabalho mais alinhado com as atividades esperadas e recomendadas para a ESF, inclusive o desenvolvimento de visitas domiciliares e atividades educativas com a comunidade estiveram mais condicionadas ao desejo ou engajamento particular de determinados profissionais e em municípios com uma gestão menos conivente com os

interesses corporativos, mesmo em condições salarial e de infraestrutura menos favoráveis. Nesse aspecto, apesar de muitos relatos atentarem contra a ESF, nas observações e entrevistas, captamos inúmeras situações que a revigoram e desconstroem a ideia de “jogo perdido”, ao desvelar, inclusive, a participação de médicos em circunstâncias que fortalecem a clínica e os atributos da APS, como por exemplo: clínica compartilhada com a enfermagem, reuniões de Conselho Local de Saúde para discussão de medidas sanitárias contra a dengue, participação em caminhada com os demais profissionais e pessoas da comunidade para sensibilização e limpeza do bairro, gerenciamento de EqSF, visitas domiciliares semanais, elaboração e execução de atividades educativas com grupos prioritários na comunidade, rodas de terapia, ação de educação permanente para os membros da EqSF buscando resolver problemas da organização dos serviços e melhorar o acolhimento, trabalho colaborativo com a equipe, preceptoria de estudantes de graduação, busca por resolver problemas de usuário em situações desfavoráveis, reuniões com ACS, entre outras. De forma ilustrativa, trouxemos o trabalho colaborativo e o desenvolvimento de uma clínica atenta e ampliada, relatados em grupos focais com trabalhadores e atividades extramuro desenvolvidas pela EqSF, destacadas por um gestor municipal,

Clínica compartilhada...

A gente faz até interconsulta, a gente atende junto [médico e enfermeiro]. Ele [médico] sabe de alguns programas, já encaminha para mim, se for o caso me chama na sala. Assim como tem paciente que só passa quando eu estou na sala junto com o doutor, pois a gente dialoga. Inclusive não só comigo e ele, mas, às vezes, como toda a equipe. A gente discute casos na equipe para ver a opinião de cada um, o que acha que pode ser encaminhado daquele paciente e tudo. A gente tem uma boa experiência. Então, tem esse diálogo entre nós dois. Olhamos as demandas, esclarecemos dúvidas, enfim, é muito produtivo (GF-T3).

Clínica da escuta, roda de terapia e clínica ampliada: “quando a boca cala o corpo fala e quando a boca fala o corpo sara”...

[...] se você olhar a grande maioria dos problemas são fáceis de resolver, são coisas pequenas. Tem gente que vai à unidade para ser escutado. Chega lá: “Doutora, estou com uma dor de cabeça que não passa”. Eu olho para cara e digo assim: “E o que aconteceu na sua família que você está com essa dor de cabeça?”. Neguinho desaba lá, chora e pronto. E diz as mazelas todas que aconteceram e você diz: “A sua dor de cabeça é por isso”. É, por isso, que eu [médico] faço roda de terapia, porque na roda a gente faz assim, “quando a boca cala o corpo fala e quando a boca fala o corpo sara”. E isso, na roda, você vê perfeitamente. Se atendo 20, peço a 10 para irem à roda de terapia. Não vão! Mas o que as pessoas precisam é ser ouvidas, na grande maioria das vezes. Tem gente que chega lá, está com o coração doendo: “Mas o que aconteceu que você está com o coração doendo? Você não é hipertensa, não tem os requisitos para estar com o coração doendo”. Mas o coração está doendo porque ela tomou sofreu por algum motivo, foi abandonada. Então essas coisas acontecem, não é? [...] Tem horas que me sinto frustrada, eu digo: Meu Deus, o que estou fazendo aqui, o que eu estou fazendo aqui com tanta gente se dizendo doente e que você vai procurar e realmente a doença não está no corpo, a doença está no sofrimento, está no sentimento, está em tanta coisa, não é? Tantas coisas que acontecem com aquela família ali (GF-T4).

Atividades extramuro...

O município aderiu ao Programa Saúde na Escola e minha equipe com médico, enfermeiro e dentista atua dentro da escola à noite. E não é horário de trabalho deles, mas eles vão. Eles fazem o atendimento deles de dia, nas unidades deles, como o colégio tem um número muito grande de alunos à noite, eles vão para a escola à noite, no dia do planejamento dos professores sempre uma vez por mês eles pegam um dia desses à noite para reunir com os professores para tentar conscientizar os professores de como é importante atuar dentro da escola (Ent.1, G1).

Outro contraste na condução da ESF tem sido o papel de outros profissionais, notadamente o enfermeiro. Ainda que o modelo de atenção à saúde seja, predominantemente, médico-centrado, influenciando, até mesmo as práticas dos demais profissionais, as demandas dos usuários e o discurso dos gestores, o processo de trabalho da enfermagem tem sustentado, na maioria das vezes, a coerência da ESF e permitido a sua continuidade. As razões, também, são diversas, situando-se na larga oferta de profissionais no mercado, favorecendo a fixação e a aceitação de condições de trabalho mesmo não tão atrativas, processo formativo mais ligado ao cuidado, às atividades educativas de grupos e processos gerenciais, respondendo melhor as ações a serem desenvolvidas em USF. Alguns excertos reforçam essa constatação,

Omissão médica e ampliação das ações assistenciais da enfermagem...

Por exemplo, você tem que fazer uma visita domiciliar, tem que fazer um preventivo, geralmente médico não gosta, é um ato médico, mas quem termina fazendo é o enfermeiro (Ent.1, GM).

Trabalho médico distante das ações não assistenciais...

[...] nas nossas capacitações, nós [20ª Dires] sempre chamamos os profissionais, e é difícil o profissional médico estar presente. É muito difícil. A gente conta com vários outros profissionais, dentista, enfermeiro, tudo. Para ter uma ideia, na capacitação pedagógica que fizemos com todos os municípios da microrregião e chamamos não só o coordenador, mas, também, profissionais da ponta, da equipe. Só um médico veio, de todos os municípios (Ent.12, GR).

Enfermagem como “carro chefe” da ESF...

[...] a enfermagem segue a rotina básica da ESF, tem o hiperdia, tem a pediatria. A gente não [médicos], no meu caso, trabalho com uma carga horária menor, não tenho como fazer essa rotina que eles seguem. E acaba que eles criam um vínculo muito maior com a população do que a gente, porque a comunidade está acostumada: pediatria procura a enfermagem; puericultura procura a enfermagem tal dia, o médico não, eles procuram mais no caso de emergência. Acho assim, que por mais que você tenha uma boa relação é sempre muito maior com a enfermagem. A enfermeira é o grande carro chefe (GF-T2).

Ausência do médico e protagonismo do enfermeiro: “enfermeiro dá sustentação ao PSF”...

[...] quando você vê médico 3 dias no PSF, médico trabalhando 3 turnos na semana, não tem como dar resolutividade. Por mais que não queira centralizar a atenção somente na figura do médico, mas não tem como você romper, pois ele é o profissional principal dentro da estratégia. Ainda, que o enfermeiro esteja dando conta daquilo que é o seu papel e, muitas vezes, do papel, também, do profissional médico. Não estou dizendo que o enfermeiro está fazendo procedimento médico. Mas há atividades que são atribuídas ao médico que ele nunca fez, quem faz é o

próprio enfermeiro. [...] até porque é o profissional que fica mais tempo lotado na USF e, também, que fica mais tempo na carga horária. [...] é praticamente impossível querer uma atenção básica resolutive na situação que se encontra. [...] o papel do enfermeiro na região dentro da ESF é o de dar sustentação realmente à estratégia. Quem na realidade acaba dando sustentação ao PSF é enfermeiro. [...] Lógico que existe profissionais médicos comprometidos, que valorizam a estratégia, mas não é o que prevalece. [...] você vê o enfermeiro segurando a ESF na realidade (Ent.13, GR).

Aliado a isso, nas USF, os enfermeiros assumem, na grande maioria das vezes, a função de “gerente” da unidade de saúde, mesmo quando essa função não é formalmente delegada ou exista uma compensação financeira para tal ação. Por conta disso, esses profissionais acumulam funções assistenciais e administrativas, gerando sobrecarga de trabalho que reverbera num discurso sempre “queixoso” acerca do pouco reconhecimento da gestão municipal, sobretudo financeira, em detrimento de certa “regalias” de profissionais, especialmente, médicos. A despeito disso, o profissional de enfermagem é o mais requisitado pelo gestor municipal para responder, além das questões programadas na “semana típica” de trabalho, a maioria dos assuntos que fogem à rotina da equipe ou, ainda, as demandas (geralmente burocráticas) solicitadas “de última hora” por outros órgãos da administração municipal. Por último, em relação ao processo de trabalho da enfermagem, os discursos e registros de observações apreenderam, também, os esforços desse profissional em tentar harmonizar as relações entre os membros da equipe e a comunidade, bem como, as diferentes táticas para organização do acolhimento dos usuários, mesmo em cenários adversos. As falas adiante reportam alguns dessas passagens,

Sobrecarga de trabalho da enfermagem...

Porque o enfermeiro, ele fica sobrecarregado no PSF, porque ele tem que abraçar quase tudo, não é? Tem a assistência dele e, de certa forma, tem que olhar as outras coisas também. E claro que outro profissional [além da EqSF] ajuda bastante, mas o nosso município não tem (GF-T1).

Atividades assistenciais da enfermagem compartilhadas...

[...] o médico e a enfermeira fazem o pré-natal, vão intercalando, e o preventivo por uma resistência [da comunidade], no caso do médico ser homem, tem resistência da comunidade a procurá-lo, então acaba ficando só com a enfermeira [...] Como profissional [dentista] a gente sabe da importância do enfermeiro. Eu acho que o enfermeiro devia ser tão bem remunerado quanto o médico, entendeu? Por conta desse compromisso. Porque o enfermeiro, também, não tem, às vezes, outro lugar de trabalho, só tem mesmo em saúde pública (GF-T2).

Consultas de enfermagem atenta às intercorrências...

[...] no atendimento da enfermeira tem a semana típica, aí depende. No caso do pré-natal, é agendado. Só que se tiver alguma intercorrência, alguma coisa assim a gente encaixa. [...] Não tem aquela coisa de: “hoje é só isso, vamos atender só hiperdia, e se chegar uma criança lá com febre não atendo, ela tem que vir no dia dela”. Não, a gente tem as vagas, o atendimento do hiperdia, mas também a gente abre para a

demanda [espontânea]. No caso de hiperdia não tem agendamento, puericultura não tem, pré-natal e preventivo que a gente costuma agendar, mas mesmo assim aparecem muitos extras [que são atendidos] (GF-T2).

Organização das atividades nas USF é enfermeiro-dependente...

Não, é só com os médicos [flexibilidade na carga horária], porque os outros têm que fazer 40 horas. Às vezes, eu falo que atrapalha é porque é um carro só para essa equipe [zona rural]. Então, tem médico que dá plantão no hospital, aí atrasa um pouquinho, porque tem que esperar o outro plantonista chegar. Então, o trabalho do enfermeiro é prejudicado, porque ele tem que esperar [o médico]. E você sabe que o trabalho do enfermeiro, dentro de uma equipe, depende dele estar lá desde o início para fazer triagem e para organização (Ent.4, GM).

A clínica individual realizada na ESF, na perspectiva de uma APS forte e resolutiva, pressupõe um olhar atento e a capacidade de ouvir as demandas de cada cidadão no momento do encontro profissional-usuário (Campos, 2003; Franco et al., 1999). Aliás, é nesse aspecto que se distingue de ambulatorios tradicionais centrados no procedimento, ao invés da pessoa, e na queixa-conduta, ao invés do cuidado, sem estabelecimento de vínculo e descontinuado. Para tanto, há necessidade de profissionais que conheçam os usuários e vice-versa, por meio de confiança mútua construída ao longo do tempo, com processos terapêuticos compartilhados com o usuário e outros membros da equipe, quando necessário e para além do adoecimento. Tal expectativa esbarra-se, nas EqSF da microrregião, com a problemática que delineamos (rotatividade de profissionais, USF sem médicos, grande número de famílias por equipe etc.), ou seja, compromete a conformação da longitudinalidade, da continuidade, do vínculo e da centralidade na família. Além disso, as ações orientadas para intervenção coletiva, planejamento e avaliação resumem-se à retórica, uma vez que requerem trabalho em equipe.

Não obstante, a sobrevivência da ESF frente a todos esses intempéries acena por uma permanente defesa dos atributos que lhes dão robustez. Nesse aspecto, destacamos a luta de alguns sujeitos que sustentam o discurso em defesa da APS mesmo num cenário adverso e as ações cotidianas de profissionais nas EqSF que forjam práticas criativas e centradas nos usuários, mesmo no limite das possibilidades de infraestrutura e de tempo.

USF de portas abertas para acolher...

[...] Não está agendado, mas como a gente não vai atender um paciente desse? Então, tentamos fazer o acolhimento, ver qual que é a realidade do paciente para ter chegado naquele serviço. [...] Porque um dia o PSF pode estar cheio, às vezes, vai uma pessoa que é lá da região mesmo, o PSF está lotado, então, a gente vai orientar, conversar com o paciente e vai agendar para vir no outro dia. Os PSF que são daqui do município [da sede], tem como trabalhar com consulta agendada. Os PSF da zona

rural já têm essa dificuldade pela questão do transporte e outras coisas mais. Então, na zona rural sempre tem uma demanda que é espontânea (GF-T1).

Compromisso com a produção do cuidado...

A gente cria vínculo sim, a gente se responsabiliza por aquele paciente. A gente, às vezes, não tem como absorver, no caso da especialidade, muitas vezes, não tem como a gente fazer o encaminhamento, mas a gente busca as alternativas. Eu sei que a gente tá sempre trabalhando realmente para que se resolva aquele problema. Se a gente não conseguir não é por falta de tentar. Porque a gente tenta muito (GF-T2).

Trabalho médico cuidadoso: “ela ouve o paciente”...

-Eu sou meio morosa [fala da médica]. -Não, é um trabalho cuidadoso o dela, é o correto [retruca a enfermeira]. Ela ouve o paciente, ela quer ouvir. -Sabe o que acontece? [fala a médica]. Nessa idade, eu já trabalhei muito, já dei plantão, já fiz de tudo, eu não quero mais, quero continuar no meu PSF, fazendo isso que eu gosto, que é a clínica (GF-T3).

Acolhimento e escuta qualificada das necessidades dos usuários...

[...] no dia que o médico não vai, a gente faz o esquema de encaminhar para os colegas, faz os contatos para tentar incluir [em outra USF]. Faz contatos para resolver. Porque a gente procura sempre, lá na unidade, dar uma resposta para o paciente. Mesmo no dia que não tem médico, não deixo o paciente solto. Pergunto “o que você está sentindo, o que é?”. Pois, a gente, às vezes, tem vaga sobrando: “O médico está aqui amanhã, você pode vir aqui amanhã de manhã?”. E se for algo que tem que ser atendido no dia, procuramos encaminhar, não é? (GF-T3).

Medicina é salvar vidas, mas é, também, ouvir o usuário...

[...] uma avó jogou a menina nos meus braços. Fazia um mês que a gente tinha tido o treinamento de reanimação, olhei a criança não estava respirando. “Vocês teriam coragem de meter a boca?”. Pois eu tive! Eu tinha AMBU, tinha tudo, mas na hora a minha vontade era meter a boca, meti a boca e liguei correndo para o resgate [...]. Moral da história, a menina tinha tido um broncoespasmo severo, a gente conseguiu reverter nessa manipulação, o SAMU chegou, já liguei passando as orientações: “Desde com o tubo tal”. A unidade parou, era um espetáculo. Na cabeça deles, só isso que é medicina, não é? Eles não entendem que medicina está lá na pontinha, no iniciozinho. [...] dias depois essa criança foi na unidade andando e pulando, nem reconheci na hora: “Oh tia, vim te agradecer”. Então, um caso que você resolve, já é muito importante. Ela foi um caso muito grave, mas podia ter sido um caso simples como, às vezes, ouvir o paciente (GF-T4).

Os momentos descritos evidenciam a força e a importância da ESF, sobretudo, chamam a atenção acerca da necessidade de motivação da EqSF e do permanente processo de educação no trabalho como um dos eixos para consolidar ações mais atentas e resolutivas. Contudo, o que nos preocupa é que os casos exitosos diluem-se no emaranhado de problemas e tornam-se exóticos ou invisíveis, frustrando muitas vezes seus protagonistas que não logram o destaque merecido e podem sucumbir ao *statu quo*.

4.2 “Função de filtro” e “Coordenação e continuidade do cuidado”

4.2.1 O desafio de coordenar o cuidado em territórios com múltiplas portas de entrada, integração comunicacional incipiente entre os níveis assistenciais e insuficiência na oferta de serviços especializados

Entre os problemas recorrentes, destacamos a capacidade dos profissionais da ESF em gerir o tratamento do usuário quando este necessita de cuidados em outros pontos da rede de serviços de saúde, bem como, a eleição da USF como locus obrigatório de busca anterior aos cuidados especializados, com exceção aos casos de urgência e emergência sem suporte na ESF. Esse, sem dúvidas, parece ser o desafio mais complexo entre os atributos para a APS, visto que a coordenação depende de uma rede de serviços de saúde integrada regionalmente, com variados fluxos comunicacionais interligados (Boerma, 2006), portanto, demanda a articulação dos três níveis da gestão do cuidado (Cecílio, 2009).

Nos municípios da microrregião, o fluxo para que o usuário consiga realizar consultas, exames e procedimentos em serviços de média e alta densidade tecnológica é, sobretudo, por meio das EqSF, uma vez que, a maioria das cidades são formalmente cobertas por ESF e, na maior parte delas, essa é a principal porta de entrada disponível nos territórios para os usuários do SUS. Todavia, algumas peculiaridades, ainda, limitam a posição da EqSF como porta preferencial a outros pontos da rede pública de assistência à saúde e “filtre” as demandas, assumindo o mecanismo *gatekeeping* como coordenador à atenção especializada, ou seja, tenham profissionais que resolvam a maioria dos problemas no âmbito da APS e partilhem o cuidado com serviços de outros níveis de atenção, apenas dos casos realmente necessários.

A primeira nuance é que a ESF não é a única porta de entrada na APS, pois muitos municípios, ainda possuem unidades básicas de saúde e centros de saúde, concomitante às USF, funcionando com consultas ambulatoriais e/ou pronto-atendimentos, sendo essas unidades responsáveis pela cobertura da maior parte da população sem adscrição às USF. Nesse sentido, trata-se de uma entrada via APS e, também, uma possibilidade minimamente racional de encaminhamento para acesso à atenção especializada, quando necessário, enquanto a ESF não consegue avançar e atingir uma cobertura mais alargada. Todavia, e essa é a grande distinção, as UBS tradicionais, grosso modo, concentram grande demanda, por conseguinte têm vinculação precária e o processo de trabalho clínico não logra relação de longitudinalidade. Essas características, não permitem o desenvolvimento de mecanismo

gatekeeping como coordenador do cuidado, posto que, “filtrar às demandas e coordená-las” requer condução clínica atenta às necessidades das pessoas, informações pregressas acerca da histórica clínica dos usuários, responsabilidade terapêutica por um grupo de sujeitos que acessam o serviço regularmente e relação de confiança mútua (Giovanella e Mendonça, 2012). Por essa lógica, também, entendemos que muitas EqSF com todos os problemas que elencamos nos tópicos anteriores, não assumem e não têm condição de assegurarem o papel de *gatekeeper*, até porque, pouco distinguem-se das unidades de saúde tradicionais, nesse sentido legitimam a necessidade de outras portas de entrada. Alguns relatos retratam esse contexto nas EqSF,

Clínica degradada e médico produtor de demandas...

[...] o município contrata um médico para ir uma vez por semana atender [na USF]. O médico pela própria relação médico-paciente, essa coisa de agradar, ele não está nem aí. O que o paciente quiser ele dá, para os parentes, para os amigos, ele sai dando [solicitações de exames]. [...] porque é mais fácil pedir todos os exames e dizer assim: “Eu estou me cobrindo...”, do que colher uma história que demanda mais tempo pra conversar, explicar que não precisa de ressonância para aquilo ali. É essa coisa, é trabalho, então, ele não quer muito conversar não. É a coisa mesmo do pedir e, também, ele está com pressa, ele tem outro emprego (Ent.9, GM).

[...] continuamos de certa forma com déficit, porque eu esperava um médico 40 horas e que ficasse os dois turnos e, no momento, é só até o meio dia, meio turno. Ele tem pouco tempo para atender sua clientela e não tem tempo para ouvir. Então, o que ele faz? É dor de cabeça? Tomografia. É dor no estômago? Endoscopia, ou consulta com o gastro, mas não tem tempo de ouvir como é que está a parte odontológica daquele paciente, quais são os problemas que está tendo em casa, que pode gerar aquilo, não é? Ele não tem tempo, pois ele tem que sair para outros empregos (GF-T3).

Clínica sem cuidado oportuno e coordenado...

[...] acontece que você foi ao posto e não foi atendido, aí tem que ir ao hospital. Você chega ao hospital: “Porque não foi pro posto?”, “Ah, eu fui para o posto, mas não fui atendido”, “Mas você tem que voltar”. Como você vai voltar para o posto se não tem médico para lhe atender? Fica nesse vai e vem, é quando acontece a fila. Amanhã, você continua com o problema, a criança com febre, volta no outro dia, não tem novamente, aí fica dois a três dias a criança tendo febre, quando o médico consegue te atender e a criança: “Porque não veio antes?”, “Eu vim antes!”. Fica difícil. É uma grande queixa que acontece. Porque fica nesse leva e traz. Isso é uma realidade, sabe? Fica assim, o posto, às vezes, não atende, aí vamos para o hospital [...] mas quando as coisas acontecem: “Ah, mas porque aconteceu?”. Porque existe essa dificuldade no posto. O total de vagas para o médico é pequeno e a demanda é grande para ser atendida (GF-U3).

De certa forma, estamos fazendo algumas distinções que julgamos pertinentes, pois, de maneira geral, o acesso aos serviços de média e alta densidade tecnológicas, na região de saúde, não é livre, posto que há algum tipo de intermediação formal ou informal entre os níveis. Nesse sentido, distinguimos, na região, três tipologias para o mecanismo *gatekeeping* nos serviços de APS: 1) *gatekeeping* como regulador burocrático; 2) *gatekeeping* sem

regulação assistencial; 3) *gatekeeping* como coordenador do cuidado. O primeiro, por ser burocrático, não distingue a essência dos serviços, apenas busca garantir a racionalidade dos encaminhamentos clínicos, tendo no fundo uma visão mais gerencial e econômica que uma centralização no cuidado, ainda que no final esse possa ser o resultado. O segundo, não segue diretrizes clínicas, desempenha a função de filtro mediado por interesse/conveniência do profissional, pressão do usuário ou interferência política, não essencialmente, conforme a necessidade clínica do usuário e sem avaliação de cotas (regulação) e/ou prioridades terapêuticas. Por fim, a terceira opção, teria a incumbência de olhar atentamente cada usuário, buscar as alternativas terapêuticas mais adequadas e organizar o fluxo entre a EqSF e outros profissionais dos diferentes pontos da rede conforme a necessidade das pessoas, mantendo-se informado sobre o itinerário e a terapêutica dos usuários sob cuidado externo à ESF, que, no final, pode gerar, também, economia nos gastos em saúde.

Na rede microrregional de serviços, encontramos uma obrigatoriedade de acesso regulado via APS, no discurso político e nos documentos institucionais, mas com inúmeras brechas que descaracterizam e comprometem os fluxos organizacionais. Nesse aspecto, profissionais de hospitais, ambulatórios de especialidades, centrais de marcação de consultas, secretarias municipais de saúde e serviços privados são acessados pelos usuários e geram solicitações e encaminhamentos paralelos para diferentes pontos da rede assistencial na microrregião, sobrepondo-se aos profissionais da APS e debilitando a posição de filtro da ESF.

Fluxos alternativos à ESF...

As pessoas buscam a própria secretaria ou para marcar ou para agilizar a sua consulta. Às vezes, eles procuram [na USF] o atendimento e não tem, aí vêm à Central ou à SMS. Mas a SMS também faz, acolhe o paciente da mesma forma, tem esse cuidado e a todos os funcionários orienta isso. O paciente chegou, mesmo que não seja lá tem que ser acolhido e tem que ser tomada a providência para onde é que esse paciente vai ser atendido. Então, eles sentem uma segurança em buscar a SMS porque sabem que de lá não vão sair sem atendimento (Ent.6, GM).

Acesso direto à rede especializada...

Temos aqui [centro de especialidades] demanda espontânea. Não posso dizer que é por ineficiência da atenção básica, mas por questões operacionais, inclusive por falta de recursos humanos, principalmente, de médico e de enfermagem, alguns pacientes não conseguem ter acesso à rede básica e acabam procurando, por isso, a atenção secundária. Então, nós temos aqui outra porta de entrada, pois fazemos uma triagem de alguns casos graves e acabamos atendendo esse paciente. [...] Os profissionais da atenção especializada dão a solicitação para o paciente, pedem que o paciente faça os exames, retorne para ele mesmo, mas não dão o retorno, por exemplo, por escrito para os médicos de atenção básica [...] (Ent.8, GM).

A intenção de demarcar as diferenças para acessar os serviços de média e alta densidade tecnológica na microrregião, deveu-se a noção de que o atributo da coordenação dos cuidados não é alcançado por qualquer profissional que possa solicitar e/ou encaminhar o usuário para outros serviços, mesmo quando a APS é uma porta de entrada obrigatória, mas é uma característica traçadora de uma ESF forte, ou seja, quando delega aos profissionais da EqSF não apenas o poder de barrar a livre escolha do usuário, mas atribui, essencialmente, a função de gestor terapêutico no fluxo assistencial para produção do cuidado.

Nessa órbita, o maior desafio estabelece-se após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços de média e alta densidade tecnológica, por conta do estrangulamento na oferta de vagas frente à pressão das demandas, bem como, na capacidade dos profissionais da ESF de acompanharem o percurso do usuário que consegue iniciar o processo terapêutico fora do âmbito da APS. Nesse sentido, impõe-se desafios aos gestores e profissionais das EqSF para garantirem a resolubilidade e continuidade do cuidado dos usuários em tratamento num território regionalizado, com deficiências comunicacionais entre os níveis e insuficiência de serviços de suporte.

Nessa história, os mais prejudicados são os usuários que procuram a porta mais acessível para expor sua demanda, muitas vezes, em momentos de grande fragilidade, ficando vulneráveis e, portanto, propensos a serem manipulados, revertendo um direito num suposto favor. Essa evidência ficou explícita em falas de gestores, profissionais e usuários,

Clientelismo político sobrepondo à necessidade...

A primeira dama pega e quer olhar [a lista de espera], se das 10 pacientes que têm pedido de ultrassom de mama; se são do grupo que apoiou o esposo dela, marca; se não: “Segura mais um pouquinho e deixa para depois”. Não leva em conta a prioridade/necessidade. Tem lá 4 ultrassonografias, eu tenho 3 vagas para esse mês, as 4 são avaliação, avaliação, avaliação. Aí: “das 4, qual é que votou para mim?” “Fulano e beltrano”, elas sempre conhecem, uma cidade pequenininha todo mundo sabe quem é que votou. Aí: “Vai essa e vai essa”. Quando a paciente tem um motivo lá: “O médico solicitou o ultrassom da mama porque teve o achado de um nódulo...” Aí essa vai, contra ou a favor essa vai (Ent.3, GM).

Direito convertido em favor político...

Eu tive um paciente, uma criança com otite de repetição, encaminhei para o otorrino tinha vaga para daqui há 2 anos e meio, que é uma vaga mês, mas tem 49 ou 50 pessoas na frente, então acaba que o paciente não vai levar 2 anos e meio para resolver uma otite. Aí vai num profissional particular. E se o usuário não tiver condições de arcar com os custos recorre à política. Vai atrás de vereador, prefeito, através de fulano e sicrano [...], o que é bem comum, porque pouquíssimos têm condições financeiras de sair daqui (GF-T2).

Apadrinhamento e seleção “monetária”...

Eu costumo conversar com os pacientes e quando o paciente necessita de um exame, eu sou bem honesto em dizer para ele fazer particular. E a maioria deles tem aceitado essa proposta e tem realizado esse exame particular. A prefeitura leva em

média, para uma consulta com especialista, marcam em torno de 2 a 3 meses. Quando o paciente necessita de um exame que a gente percebe que esse exame tem que ser feito com maior rapidez, aí a gente acaba optando por conversar com o paciente para fazer particular. Quem tem condições acaba fazendo, quem não tem acaba buscando alguma outra maneira ali e faz. E, infelizmente, tem aquela parcela que, mesmo assim, vai ter que aguardar. Mas, na maioria das vezes, acabam optando por fazer particular. Quando não podem pagar, buscam contato com algum político. Principalmente em cidades pequenas, eles buscam vereadores, secretário de alguma coisa, ou até o prefeito, e aí cada um busca um meio, ou algum amigo, ou algum parente. E esses que precisam fazer o exame com maior rapidez acabam conseguindo dessa forma, desde que você converse com eles que o dele é diferente: “Olha, esse aqui eu não posso esperar pela via normal da prefeitura, eu preciso com maior rapidez. Eles conseguem” (GF-T3).

Manipulação política na oferta de vagas...

[...] tem uma pessoa na cidade que é vista por muitos pacientes como uma deusa. [...] Diz ela que é porque tem muito conhecimento com os médicos. E as pessoas iludidas acabam buscando ela e deixando de buscar o lugar correto. E não só existe ela, existem outras pessoas também, mas que trabalham em cima da politicagem Fulana trabalha para tal pessoa e vai pra aquela região ficar ali pegando exame. [...] a visão do povo é assim: se for para mão dela vai andar mais rápido. Mas é a visão errada, pois não é a realidade, porque ali é uma manipulação [...] (GF-U3).

Os trechos acima servem para apontar as fissuras no sistema de saúde e os ataques que minam a ESF e desrespeitam a cidadania da população. Apesar disso, entendemos que a aparente conveniência de profissionais e usuários não se dá estritamente pela percepção de “oportunismo”, mas parece tratar, também, de uma questão de “vida ou morte” para muitos usuários e de alguma condição de resolubilidade às intervenções clínicas para alguns profissionais, frente às interdições nos itinerários regulados. Além disso, encontramos na microrregião alguns exemplos que despontam no microprocesso de trabalho das equipes, e mostram o esforço de gestores e profissionais pela coordenação do cuidado e ordenamento dos fluxos, mesmo em cenários e condições adversas.

Negociação entre gestores e médicos pela regulação assistencial...

[...] foi feita uma reunião, um trabalho de sensibilização mesmo, principalmente com os médicos, porque o médico, às vezes, para se livrar da cara do paciente falava: “Quer fazer o quê, uma tomografia?”. “Toma lá!”. Então, foi feito um trabalho com os médicos pedindo, por favor, avaliem o paciente antes de pedir o exame e, fora isso, quando esse exame chega aqui à secretaria, ainda, faz uma triagem em cima desse exame. A gente enfrenta alguma dificuldade, pois eles [médicos] não colocavam o motivo da solicitação. Então, a gente falou assim: “você está prejudicando o paciente, porque quando a gente vai triar e não tem lá o motivo da solicitação e esse paciente vai para o fim da fila”. Então, hoje em dia, eles já colocam o motivo da solicitação, a gente já consegue triar, ver quem é mais urgente, quem deve ser marcado primeiro, quem pode esperar ou não. Acho que essa questão do exame era mais para se ver livre do paciente. Às vezes, era impaciência de conversar com o paciente, de saber o que ele estava sentindo, às vezes, não precisava de medicação nenhuma, era só uma conversa mesmo e faltava isso. Hoje em dia, a gente já está andando um pouco mais (Ent.2, G2).

Envolvimento das EqSF na reavaliação e priorização das necessidades...

[...] a gente recebia guia de solicitação com motivo “A pedido”. Então, assim, tem paciente que chega à consulta com a lista: “Doutor, eu quero fazer um *check up*, quero fazer isso, isso e isso”. E o médico, às vezes, até para não perder tempo para explicar ao paciente que não precisa, pois é muito mais fácil chegar, preencher e entregar [a solicitação] e o paciente sair satisfeito. [...] diante dessa problemática, surgiu necessidade de definir alguns critérios para encaminhamento de exames à central de marcação. [...] num primeiro momento estão sendo realizados mutirões com a equipe, e os médicos estão reavaliando os exames que foram solicitados há mais de anos, triando os exames, os ACS, no momento da visita domiciliar, verificam se a pessoa fez o exame, se ainda tem necessidade, se mora na área e tal. Porque, às vezes, como não tinha critério definido, gerava um problema maior que, às vezes, agendava exame de uma pessoa que nem precisava fazer mais e perdia mais uma vaga (Ent.11, GM).

Os excertos destacados mostram os caminhos acordados entre os sujeitos na tentativa de, minimamente, garantir alguma regulação nos fluxos assistenciais, mas não parecem alterar a gênese dos problemas e, portanto, postergam as soluções e transferem as responsabilidades para outras instâncias, permanecendo os usuários à mercê das decisões “benevolentes” dos gestores e de profissionais a cada novo evento.

Para uma mínima priorização das demandas, as unidades de APS (USF e UBS) recebem cotas referentes às consultas, exames e procedimentos de acordo com a oferta mensal disponibilizada pela central de marcação de consultas de cada município. As equipes, então, têm que, dentre as inúmeras necessidades, apontar quais os usuários “eleitos”, de acordo com a descrição clínica e/ou destaque de “urgência” atribuído pelo profissional. Por conta do número de solicitações não atendidas (por falta de vagas), periodicamente, algumas equipes reclassificam os usuários nas listas de espera, reavaliando a pertinência do pedido (usuário já resolveu por outras vias, o usuário não tem mais o problema que justificava o pedido, o usuário veio a óbito etc.) para tentar manter certa coerência nos encaminhamentos. No fundo, essa seleção abre espaço para inúmeros conflitos éticos, colocando os profissionais numa situação de constrangimento e os usuários numa clara mitigação da cidadania. Por outro lado, busca num cenário de restrição de oferta minimizar as iniquidades, ou pelo menos, priorizar os casos mais urgentes.

Acesso racionado pela oferta, não definido pela necessidade...

[...] a demanda de ultrassonografia é muito grande e o quantitativo de vagas oferecido é muito pouco. Tem que ficar selecionando. Na unidade que eu trabalho é assim, exames com mais de seis meses, peço para fazer uma reavaliação médica para ver se realmente aquele paciente necessita fazer aquele exame. E conto muito com a ajuda dos ACS, geralmente numa reunião, pegamos os exames, vai passando entre os ACS, eles vão relatando caso a caso, pois, às vezes, a pessoa já marcou. [...], a gente vai fazendo a triagem daqueles exames mais necessários e descartando alguns que não tem tanta necessidade [...] (GF-T3).

Reseleção de usuários...

Nas unidades pegamos os exames de um ano para trás, selecionamos e demos aos ACS: “Vão às casas saber se fulano ainda está vivo, se fulano ainda está com a dor no joelho, se fulano ainda precisa da consulta do oftalmologista”. Aí eles foram e voltaram. “Fulano quer, fulano não quer, esse mudou, esse já não mora mais”. Atualizou um pouco aqui (GF-T4).

Outra questão que interfere na coordenação entre os níveis assenta-se nas ferramentas para fluxo informacional. Em relação à informatização das USF, além de ser parcial, quando existente limita-se à marcação de consultas segundo cotas pré-estabelecidas, ou seja, não se trata de fluxo comunicacional entre profissionais para resolução e/ou acompanhamento de usuários em tratamento. Não há prontuários eletrônicos em nenhum dos estabelecimentos de saúde na microrregião, sendo que as solicitações/referências, muitas vezes, são manuscritas, gerando inúmeros confundimentos (agendamento equivocado em determinadas especialidades), além da ausência de contrarreferências e relatórios de alta hospitalar que permitam aos profissionais das EqSF obterem informações técnicas da terapêutica desenvolvida por outros profissionais. Para consecução de informação entre os níveis, o usuário é, na maioria das vezes, o principal interlocutor (quando lhes é permitido falar). Em muitas situações, também, o usuário passa a ficar vinculado ao médico especialista, com retornos frequentes, ao invés de criar um vínculo colaborativo entre profissionais da atenção especializada e da ESF, impossibilitando que o médico da USF tenha informações e dê seguimento ao tratamento, além de afunilar a oferta de vagas para novos casos que necessitam de consultas especializadas.

Selecionamos alguns relatos que sintetizam essa dificuldade no processo de coordenação do cuidado,

Filiação do usuário ao especialista...

[...] o grande problema do PSF é a contrarreferência, pois não existe. Quando o médico do PSF transfere o paciente para passar por um especialista, fica sem saber o que aconteceu, pois ele não tem o retorno, então, o ideal para que a ESF tivesse uma consolidação boa seria a contrarreferência. [...] Mas quando o paciente chega lá, o cardiologista pega o problema para si e de lá o paciente já sai ciente que não vai mais ao médico do PSF, que o médico que tem que atendê-lo é só aquele que atendeu lá [na especialidade], que trocou a medicação toda. Fica filiado com esse especialista. Aí, a consulta de retorno estrangula. Estrangula o sistema todo, porque o especialista quer a consulta de retorno, sendo que poderia fazer um relatório para o médico que encaminhou e remeter para ele o acompanhamento, orientando como [médico de PSF] deve acompanhar, mas isso não existe (Ent.1, GM).

Sobreutilização das especialidades...

[...] às vezes, o paciente vai ao cardiologista, ele faz a prescrição e tal, deveria retornar e ficar na atenção básica com o médico Saúde da Família, mas permanece lá. Hoje, tem médico no Centro de Especialidades que não está atendendo mais primeira consulta só retorno. Então, é um problema, porque se dentro de um serviço que é para especialidades, ele só está com retorno, não está abrindo mais vaga para

primeira consulta, está tendo algum problema aí. Ele está absorvendo uma demanda que realmente não é dele (Ent.7, GM).

Comunicação precária entre os níveis...

Em relação às consultas e outros procedimentos, não tem praticamente contrarreferência nenhuma. [...] a gente tem até certa dificuldade de linguagem com o paciente, porque vai ao especialista, volta com a receita, mas a gente não vê a opinião do especialista, não vê o que ele acha. A gente fica sabendo o que foi feito através do paciente mesmo. Muitas vezes, o paciente não sabe expressar o que foi feito. Eu pergunto: “O que o médico falou lá, o que o médico disse para você?” [...]. Aqui no município nunca recebi uma contrarreferência das especialidades. E nos outros municípios que trabalhei, durante 7 anos recebi algumas vezes de alguns colegas, mas foram muito poucas também. [...] É comum em todos os PSF, ninguém recebe contrarreferência. Não sei se é pela quantidade de pacientes que os especialistas têm, um volume grande para atender e acabam atendendo todo mundo rápido, não têm tempo para fazer a contrarreferência. Então, é uma dificuldade que vejo em todos os municípios, não é só aqui (GF-T1).

Adivinhar o que fazer e o que foi feito...

Cheguei para o paciente: “Você vai entregar isso para o médico, diga que preciso receber de volta”. O médico falou: “Eu não vou escrever não”. Ele [paciente] me contando: “Eu não vou escrever não, se eu já estou te dando tudo aí, você fala para ela que é isso aí”. Aí o paciente insistiu: “Não, mas é que ela pediu, disse que quer esse papel de volta”. Foi aí que ele [especialista] escreveu. Mas isso foi uma situação, porque no geral a gente não recebe. E acontece que o paciente, na maioria das vezes, não sabe relatar o que foi feito [...]. Na verdade, o paciente recebe muitos papéis e, muitas vezes, não sabe nem ler e retorna à USF, [...] e a gente tem que adivinhar o que fazer, porque a contrarreferência não chega [...]. A única coisa que chega é a receita e solicitação de exame [...]. Não sabemos o que foi feito nesse paciente: “O senhor passou no médico fez o quê?”. “Ah, ele me examinou, me deu um monte de papel e mandou eu vir aqui”. No caso da cirurgia, só sei quando vem retirar os pontos ou por visita do ACS [...]. Visitamos e acabamos sabendo, mas não tem relatório de alta (GF-T3).

Quebra de continuidade no cuidado...

Quem primeiro pediu para o meu menino [tem síndrome de Down] ir ao endocrinologista foi doutor X, quando atendia aí [USF]. Quem está tratando dele agora é o endocrinologista, não voltei mais [a USF]. Quando precisei novamente voltar [na USF], já foi com essa médica que atendeu agora. Ela nem perguntou nada do endocrinologista, quando o meu menino voltou com o mesmo problema, então ela passou a mesma medicação que o médico X. Agora, ela não procura saber como é que está o endocrinologista. Nem ela perguntou, nem eu falei como é que está o endocrinologista, se meu menino está sendo acompanhado, nada! (GF-U4).

Contudo, uma ressalva pode ser feita, pois nos pequenos municípios, algumas vezes, o médico da ESF é, também, o prestador de serviços especializados e/ou, também, atende nos serviços de pronto-atendimento e hospitalares, dessa forma, acabam recebendo muito usuários da própria equipe, além de estar em contato direto com outros especialistas, permitindo algum nível informal de comunicação. Por conta dos inúmeros entraves e na busca de alguma coordenação do cuidado, os profissionais lançam mão, muitas vezes, da persuasão e amizade com colegas da rede para tentarem solucionar algumas questões que ficam emperradas na burocracia dos fluxos assistenciais. Ainda que aparente uma ingerência fisiologista dos profissionais, de maneira geral, tais atitudes partem dos profissionais que estão mais tempo

nos serviços, que conhecem as brechas e as pessoas estratégicas nos diferentes pontos da rede, que têm forte vínculo com a comunidade e, portanto, não se omitem diante das negativas burocráticas e preferem tentar resolver por outras vias, ou seja, contraditoriamente, são ações desencadeadas por profissionais mais envolvidos com o processo terapêutico dos usuários.

Comunicação condicionada à amizade...

[...] a população é tão pequena e os médicos do centro de saúde acabam sendo os mesmos do PSF, então acaba que às vezes um liga para outro, quando o paciente é um caso mais grave: “Olha, o paciente aconteceu isso. Eu mediquei e mandei lá para o PSF”. Faz uma cartinha e manda para a gente. Agora consultas normais, consultas ambulatoriais, simples mesmo, não, o paciente simplesmente ele consultou no centro de saúde, depois vai e procura o PSF por conta própria (GF-T1).

Empenho pessoal para garantia do acesso...

[...] tenho uma coisinha tão simples que é esse telefone velho e feio aqui, mas que tem os telefones de todo mundo. [...] Porque, às vezes, eu resolvo aqui, na hora. Isso as pessoas acham que foi uma coisa do outro mundo, mas é que você pode resolver só com um telefonema. Alguns exames que estão emperrados, algumas coisas você liga direto para a central de marcação, liga para a farmácia (GF-T4).

Além dos profissionais da ESF, as interferências no fluxo assistencial envolvem profissionais das centrais de marcação de consultas, das secretarias de saúde e dos centros de especialidades que, seja por pressão de políticos, profissionais e usuários, ou por tentativa simplesmente de interferir em situações clínicas que não podem seguir a “neutralidade” gerencial, criam novos circuitos de acesso que, no final, afetam a lógica na distribuição de cotas e retroalimentam o contingenciamento da oferta aos que não gozam dos mesmos privilégios, inclusive por trâmites judiciais. Um problema dessas intervenções paralelas aos fluxos talvez esteja na competência técnica de quem realiza, posto que, ao invés de “boa vontade”, há necessidade de diretrizes clínicas e linhas do cuidado bem definidas que garantam segurança na regulação assistencial.

Os registros da observação de campo de visitas a centrais de marcação de consultas e secretarias municipais de saúde, mostram o fluxo contínuo de usuários buscando atendimento em especialidades mesmo sem a solicitação médica (CMC e SMS como portas de entrada para acessar outros níveis assistenciais), tentativa (de profissionais e usuários) de antecipação de consultas via “técnico-marcador” ou coordenador da CMC (independente da lista de espera), coordenadores e/ou “técnicos-marcadores” de CMC “regulando” às prioridades (nem sempre por critérios clínicos), CMC com marcação direta, via guia de solicitação de consultas/exames, para as especialidades por ordem de chegada do usuário no balcão (sem cotas para USF, nem critério de prioridade para usuários), usuários que se dirigem à CMC

com “bilhetes” de políticos locais para facilitação do fluxo etc. Esses casos descritos exemplificam as alternativas legítimas, ou não, que os sujeitos encontram para acessar os serviços de saúde. Há, nessas escolhas, uma composição de favorecimentos que cinde a coordenação do cuidado por EqSF, mas paradoxalmente, aparecem, também, como mecanismos de coordenação para os casos urgentes represados pela burocrática. Os discursos, a seguir, trazem alguns exemplos positivos de intervenções, em distintos pontos da rede, para garantir atenção a casos prioritários, ao revelar uma condução profissional orientada mais pela necessidade clínica do usuário, ou seja, mais vinculado à ética profissional, do que às normas e regras que pautam a racionalidade organizacional:

Obtenção do acesso atrelada a insistência do coordenador da CMC...

[...] para o mastologista não tinha mais vaga, só como eu lhe disse tudo meu é pra ontem [faz hemodiálise]. E aí o meu médico [da clínica de hemodiálise] tinha pedido um relatório para fazer uma avaliação, pois eu estava tendo um nódulo e ele teria que saber o que era, porque se eu fosse chamada para o transplante eu perderia, se fosse algo mais grave, eu não poderia fazer o transplante. Aí, eu fiquei de 2 h às 4h e meia na sala da coordenadora [CMC]. E ela mandando relatórios médicos: “Negativo” [não autorizava]. [...] quando foi 18h, ela me ligou: “eu consegui”. Não acontece isso com todo paciente. [...] a saúde não está pior, porque a coordenadora está à frente (GF-U3).

Priorização das urgências na CMC...

[...] você tem essa cota para marcar por mês, se aparecer alguma urgência que tenha que ser marcado fora da cota essa pessoa vem e geralmente é o enfermeiro que vem e conversa [na CMC], vê a possibilidade e essa pessoa é passada à frente [...] (Ent.2, G2).

Acesso regulado pela persuasão da EqSF...

[...] quando o usuário precisa muito daquele exame e tem restrição de vagas, nesse caso, [...] a gente [equipe PSF] joga no sistema, mas também entra em contato com a coordenadora da CMC: “Coordenadora, esse paciente está assim, ele tem necessidade de fazer esse exame”. Ou a gente encaminha esse paciente direto para o secretário de saúde para avaliar a situação e ver a possibilidade de liberar esses exames que são mais necessários para o paciente. Geralmente, aciono a minha coordenadora, a enfermeira e digo o problema, às vezes, chego a colocar urgência ou, às vezes, prioridade no pedido [...] (GF-T3).

A despeito disso, é importante não perder de vista que a oferta de vagas é pré-definida e limitada, portanto, toda priorização ou privilégio, ainda que legítimo, resulta numa diminuição da cota a ser distribuída aos demais cidadãos (dilema da regulação). Assim, os discursos acima se destacam pela coerência em oportunizar o cuidado a quem realmente precisa, mas, paradoxalmente, geram iniquidades àqueles que não foram captados em tempo oportuno (justamente pela ausência de vaga), àqueles que não tiveram “a sorte” de serem atendidos por um profissional mais pró-ativo ou influente na rede, àqueles que têm suas consultas retardadas por não serem “prioridade” naquele momento e acabam por comprometer

o diagnóstico precoce, tornando-se adiante mais uma prioridade, desenvolvendo, assim, um “círculo vicioso”.

Por fim, uma questão comum que afeta a coordenação reside na longitudinalidade do cuidado pelo mesmo profissional de saúde da ESF, sua competência clínica e suporte tecnológico para encaminhar a população adequadamente para outros pontos da rede, em diferentes fases da vida e em distintas situações de enfermidades crônicas e agudas. Nas EqSF da microrregião, devido à rotatividade de profissionais médicos e contratação de profissionais sem experiência, com idade avançada, sem perfil e/ou sem formação para trabalhar na APS, há um claro descompasso entre o que poderia ser resolvido nas USF e o que é encaminhado para outros pontos da rede por reflexo, também, dos problemas cotejados até aqui. A seguir, apresentamos alguns relatos de usuários que suportam nossas inferências,

Tudo de novo... ESF sem continuidade no cuidado...

[...] sou acompanhada de três em três meses, tenho que fazer novos exames porque todos hipertensos têm que estar de três em três meses fazendo o acompanhamento. Agora o drama, também, é que é uma “trocação” danada de médico, quando você já está acompanhando com um, com pouco, quando você chega, já é outro médico, uns atende muito bem, agora outros já não atendem do mesmo jeito, então a gente vai mesmo por causa do problema que já tem. Para mim, médico é como a costureira, se você acostumou com aquela costureira fazendo aquela roupa para você, se vem outra pessoa fazer, pode fazer do mesmo modelo, mas você já se sente, assim, meio desvestido. Então, é cômodo, o médico já está acompanhando a gente, já sabe o problema, a gente já está mais aberta com ele, quando pensa que não, aí você está com aquele resultado de exame, e você vai levar, já vem outro médico. Aí, começa a te perguntar tudo de novo, volta à estaca zero [...] (GF-U4).

Sem escolha e sem cuidado...

O doutor é meio devagar, porque está bem idoso, tanto que ele não faz nem a receita, quem faz a receita é a menina que trabalha com ele, a técnica de enfermagem. Ela é que faz, que escreve tudo que ele manda. Tem hora que ele pega na mão, para poder ajudar, uma mão em cima da outra para poder ajudar, pois está muito idoso. Eu acho assim que pela idade do doutor, não era mais para ele estar trabalhando nessa área no posto de saúde. Nós achamos que o doutor já tinha que ser afastado e colocar outro no lugar. [...] tem outros postos que continuam com os mesmos médicos de 1900 e antigamente, estão cansados e saturados, estão ali só para cumprir o horário. Aí fazem aquelas coisas que eu te falei. Que é chegar e nem olhar para a cara da paciente e “toma” [a receita e a solicitação] (GF-U3).

4.3 “Expansão da oferta de serviços e funções da ESF”

4.3.1 Abrangência e integralidade na ESF: novos sujeitos compartilhando o cuidado, mas com restrição na oferta de serviços comprometendo a resolubilidade das necessidades dos usuários

Entre as atribuições das EqSF, ressaltamos, como crucial, a competência clínica dos profissionais e o uso adequado das tecnologias (relacionais e materiais) para atender a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença ao longo do tempo, ou seja, correspondem a uma gama de processos de trabalho relacionados à promoção à saúde e prevenção de agravos, práticas assistenciais, ações reabilitadoras, servindo, ainda, de anteparo às intercorrências. Tal perspectiva conforma-se na abrangência ou integralidade do cuidado, sendo, por sua vez, atributo essencial para conformação da centralidade da APS como serviço de primeiro contato e fonte regular de atenção na rede de serviços de saúde nos territórios.

Algumas experiências presentes na rede destacam a participação de profissionais ofertando suporte técnico-pedagógico às EqSF, como alternativa ao discurso médico-centrado e, também, tem aparecido como práticas exitosas na percepção de gestores, trabalhadores de saúde e usuários,

Qualificação das práticas...

A gente teve um projeto de matriciamento em saúde mental que foi feito com a psicóloga e pela fisioterapeuta que tem especialidade em saúde mental. Elas fizeram esse matriciamento, dando apoio às USF. Foi feita, ainda, a avaliação nutricional pelo nutricionista. E foram feitas reuniões com as equipes a respeito da alimentação saudável, pois, às vezes, a gente fala de uma maneira muito superficial, às vezes, nem tem propriedade do que está falando. Então, foi feito esse trabalho com as equipes. A questão da fisioterapia, pois quando é referenciado o paciente acamado que não pode ir à USF, damos um jeito para o fisioterapeuta ir ajudar, ensinar a própria família ou a equipe, quais são os exercícios que podem ser feitos para que o paciente não fique imóvel na cama. Então, assim, foram iniciativas isoladas, a gente não tem uma coisa formal como, por exemplo, o NASF, mas acredito que como iniciativas isoladas, consegue-se dar apoio bom às USF (Ent.2, GM).

NASF: interconsultas e atividades em grupo...

[...] a diferença maior com NASF foi o de fortalecer mais a questão da saúde preventiva. [...] a gente tem hoje um poder maior de trazer informação para a comunidade, coisas que, às vezes, a gente não conseguia sozinho. É grupo de gestante, grupo de hipertenso, grupo de adolescente, grupo de atividade física então a gente tem um poder maior de chegar nesses grupos. Porque, às vezes, na própria consulta, o tempo que se tem é um pouco reduzido, o próprio grupo que a gente mesmo faz na unidade, os estudos de caso, as interconsultas que a gente faz com eles [NASF]. Além de ter a oferta de profissionais, de nutricionista, de fisioterapeuta, de psicólogo, assistente social, então, hoje a gente tem tido uma resposta muito grande nesse sentido, muito boa mesmo. O enfoque realmente é esse, é educativo [...] e isso tem ajudado muito (GF-T2).

Ampliação do cuidado...

[...] essa oferta, esse leque de oferta aumentou um pouco com o NASF, porque com o NASF, vieram psicólogo, fisioterapeuta e farmacêutico, que no início eu não entendia muito bem. [...] Farmacêutico foi fundamental. [...] porque ele manda bilhete: doutora, assim e assim... Ou então conversa comigo diretamente, ou fala com a população. E o educador físico na minha equipe, ele é a diferença [os demais concordam] (GF-T4).

Distintas perspectivas terapêuticas...

[...] eu fui passar pela médica numa consulta e ela indicou para eu fazer atividade física [...]. Eu estava com dor no joelho e fui para ela dar um remédio, ela disse: “Não fica tomando diclofenaco não, vem fazer atividade, porque eu tenho certeza que você tem capacidade de melhorar”. [...] foi, assim, maravilhoso, daí para cá nunca mais eu faltei um dia de aula. O grupo é grande, tem dia que tem 80 pessoas. Tem gente de 70 anos. [...] Eu participo de tudo. É muito bom. Mas o grupo não é só de idosos, é misturado. [...] É porque a gente acha que serviço de saúde é só o posto, não é? É muito bom, muito bom. Aqueles idosos que chegam com uma muletinha e eles falam: “Ah, estou com uma dor aqui, uma dor aqui...”. E em um mês, dois meses em diante já largam a muletinha e não tomam mais diclofenaco. Chega e faz o exercício, faz alongamento. Tudo certinho [...] (GF-U3).

A inserção de novos sujeitos na prestação de cuidados pode ampliar a possibilidade terapêutica das EqSF, bem como torná-las mais resolutivas, posto que expande o cardápio de serviços e diminui o foco centrado na assistência médica. Nos territórios analisados, os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm, aos poucos, ocupado essa função, produzindo atividades em saúde que logram a qualificação das práticas clínicas e promocionais, por meio de interconsultas e ações educativas em saúde, ampliando a capacidade de resolver problemas e a integração dialógica com os profissionais nas EqSF. Em contraposição, devido ao núcleo biomédico comum às diferentes profissões da saúde, apesar de algumas evidências animadoras, as práticas desses profissionais podem, também, reproduzir intervenções, ainda, procedimento-centradas, sem modificar, portanto, o eixo conservador da clínica, sendo, por isso, objeto de preocupação de gestores estaduais,

Modelo biomédico como núcleo comum na formação dos profissionais...

[...] de fato mudar a questão do modelo biomédico, não é simples, mas as coisas não são feitas de cima para baixo, é mesmo no dia a dia da vivência das equipes que a gente acha que esse modelo biomédico vai sendo aos poucos quebrado. E o profissional do NASF pode ter esse potencial, mas a gente também não pode dizer que vai acontecer, até porque a formação que observamos nas categorias dos profissionais que atuam no NASF tem a mesma dificuldade. Por exemplo, quais fisioterapeutas tiveram na sua graduação a atenção básica, não é? (Ent.16, GE).

Processos terapêuticos aprisionados pelo núcleo biomédico...

[...] estamos falando claramente do modelo biomédico, que não é só o médico que trabalha assim, é o dentista, é o agente comunitário, é o enfermeiro, é o psicólogo, é o assistente social, funcionamos dessa forma. E o próprio usuário! Então, tem coisas que dá para resolver, mas a gente acaba projetando muito no médico para que ele resolva. Sendo que, por exemplo, às vezes, ele não tem a qualificação necessária para aquilo, ele não se sente à vontade, pois não tem suporte diagnóstico que dê uma referência ou, até mesmo, alguém pra trocar [...] (GF-GE).

As evidências na microrregião sinalizam para a possibilidade de ampliação das possibilidades na produção do cuidado, visto que os gestores, profissionais das USF e usuários relatam satisfação com o apoio de outros profissionais à EqSF, bem como, as ações

desenvolvidas pelo NASF têm caráter mais educativo, com abrangência mais coletiva que assistencial. Nesse sentido, quando percebemos as inúmeras atribuições requeridas às EqSF e todos os limites organizacionais da ESF na microrregião, a inserção dos profissionais de apoio têm permitido uma maior abrangência das ações ofertadas, fortalecendo o atributo da integralidade na APS. Não obstante, apesar dessa perspectiva otimista, só faz sentido equipes de apoio trabalhando colaborativamente com as EqSF completas; portanto, num cenário de equipes incompletas, sobrecarregadas de famílias e centradas em demandas individuais, as boas experiências, novamente, podem diluir-se e não reter potência suficiente para impactar na melhoria da saúde da população.

Salientamos que, na região de saúde, a inserção de profissionais de apoio é uma experiência recente, com presença em poucas cidades (apenas sete)³⁵ e em número insuficiente para as demandas das USF (dez NASF na região). Além disso, o trabalho do NASF, ainda que relevante, destaca-se por atenuar e compensar a extrema fragmentação na atenção médica nos serviços de saúde, sem necessariamente transformar os arranjos persistentes no modo tradicional de fazer/gerir os processos de trabalho em saúde, baseados na hierarquia profissional e na sobrevalorização das tecnologias mais adensadas, ou seja, há muito mais uma transferência de responsabilidades que o compartilhamento de projetos terapêuticos.

Ao retornarmos à questão do cardápio de ações das EqSF, uma atividade corriqueira presente nas recomendações oficiais é a visita do profissional de saúde às residências de usuários, por exemplo, com dificuldade de locomoção à USF ou em circunstâncias que requerem um aporte diferenciado de cuidado, precipuamente em condições de maior vulnerabilidade (Brasil, 2012). Os relatos dos trabalhadores trouxeram dissonâncias que expõem a fragilidade do cuidado domiciliar realizado por médicos e enfermeiros nos territórios de saúde: ausência de transporte para deslocar o profissional à residência do usuário, relutância do profissional em realizar visita/atenção domiciliar, profissional utilizando seu próprio automóvel para deslocamento ao domicílio do usuário sem pagamento de auxílio deslocamento/despesas com combustível, agenda e disponibilidade do médico incompatível com o aprazamento das visitas domiciliares. Os relatos em grupos focais com profissionais demarcam essas peculiaridades,

Visita domiciliar e protagonismo da enfermagem...

É um dos papéis do PSF fazer visitas domiciliares. Há critérios para fazer visitas domiciliares, não é? Pacientes acamados, a gente procura sempre fazer visitas

³⁵ Município e número de NASF na microrregião: Anagé (01), Maetinga (01), Piripá (01), Planalto (01), Poções (01), Tremedal (01) e Vitória da Conquista (04) (Bahia, 2012).

domiciliares. Assim que possível também, dependendo de carro para o deslocamento da equipe. Esse é um problema que a gente está tendo aqui, porque a prefeitura dá um carro para todas as unidades, e esse carro é problema para a gente conseguir. Não existe o carro, e aí quando não existe carro o profissional fala: “Sem carro eu não vou”. [...] o ACS traz os casos, a gente discute e se tiver necessidade, fazemos as visitas. No caso da puerpera, eu [enfermeiro] passei a fazer todas, mas porque também peguei o meu carro e fui fazer, não esperei pela prefeitura. Mas não é uma coisa que funciona para todos, nem todo mundo tem um carro próprio para pegar, colocar a sua gasolina e ficar rodando. Tem lugares que tem como fazer uma visita a pé, mas não é sempre. Até mesmo aqui na sede é difícil, pois tem um sol de rachar. Mas em caso de urgência, a gente dá uma priorizada (GF-T2).

Desencontros entre necessidade da visita e disponibilidade profissional...

[...] temos mais dificuldade porque a visita domiciliar é semanal, mas o dia de visita não é o dia que o doutor [médico] está, mas [...] havendo necessidade a gente comunica à secretaria. [...] a visita é mais do profissional de enfermagem e o médico em situações bem específicas, quando ele se coloca à disposição, porque a gente é um pouco limitado até nessa questão da visita pela oferta de médico na nossa unidade, que são só três dias. Na minha experiência é só enfermeiro e o pessoal do NASF, porque o médico não atende na sexta e no cronograma de visita o transporte [para nossa USF] é disponível na sexta-feira à tarde. [...] não tenho profissional médico na unidade na sexta-feira. É complicado, porque esse médico que está lá, trabalha só meio período e o carro da visita vai à tarde, então, ultimamente o médico não tem feito visitas domiciliares, só mesmo a enfermagem, os técnicos e os ACS. Então, se tem uma necessidade de uma visita domiciliar médica, porque há casos que precisa da visita médica, e você não tem o médico, aí, contamos com o presidente da associação de moradores. Ele adquiriu um transporte e esse carro é utilizado para a comunidade, quando o paciente é acamado e tal, a gente pede para ir buscar o paciente na residência da forma que for e trazer para a unidade (GF-T3).

No processo de trabalho em saúde, a visita domiciliar da EqSF é uma “*tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito do PSF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado*” (Albuquerque e Bosi, 2009, p.1104). Na teoria, a perspectiva é que o cuidado domiciliar, além de resolver o problema demandado pelo usuário, reforce o vínculo entre profissionais e famílias como um recurso terapêutico, bem como, introduza elementos relacionais que qualifiquem o cuidado em saúde, ou seja, produza uma clínica voltada para as pessoas e menos prescritiva (Campos, 2003), fortalecendo os atributos “*centralidade na família*” e “*orientação para a comunidade*”. Todavia, novamente, os discursos não apontam para essa direção, posto que os profissionais, notadamente médicos, estão imersos em inúmeras situações (carga horária reduzida, excesso de demanda na USF, falta de suporte tecnológico, despreparo clínico etc.) que atestam contra essa prática. Ainda sobre as visitas domiciliares, contrariando a expectativa, Albuquerque e Bosi (2009) encontraram que usuários nem sempre desejam essa abordagem, bem como, nem sempre a atenção na casa do usuário traduz-se numa prática atenciosa e diferenciada, ou seja, alguns profissionais reproduzem no âmbito domiciliar o mesmo padrão da clínica prescritiva e desfocada do contexto familiar. Essa perspectiva sinaliza que a transformação no processo de trabalho clínico requer mais que mudança de endereço, nem tampouco reside na polaridade

“ser ou não ser” profissional da ESF, posto que a APS “*tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuado e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber*” (Campos et al., 2008, p.151).

Por outro lado, nos dados coletados chama atenção as interdições ocasionadas pela indisponibilidade de transporte e a subordinação dessa atividade à “boa vontade” dos profissionais em utilizarem recursos próprios (sem compensação financeira) ou a transferência de responsabilidade para os usuários. Em relação à atenção domiciliar, fica patente o protagonismo assumido pelos enfermeiros e ACS, mesmo quando a necessidade é por cuidados de um profissional médico, ao providenciarem intermediação na secretaria de saúde ou ajuda na própria comunidade para assistência ao usuário.

De forma complementar, os grupos focais, também, trouxeram experiências vivenciadas por usuários e trabalhadores que ressaltam os esforços de alguns profissionais (incluindo médicos) para concretização do cuidado mesmo diante das interdições, em especial com a abertura de agenda conforme a necessidade do usuário, viabilizando o cuidado oportuno, todavia, são questões que ficam diluídas no emaranhado de problemas no cotidiano do trabalho,

ACS intermediando a visita domiciliar...

Minha sogra mesmo não pode vir ao posto, o médico tem que ir em casa, porque ela tá de cama. A gente fala com a ACS e ela pede o médico pra ir lá. E não demora. Ela vem aqui fala com o médico e ele vai lá (GF-U1).

ACS identificando as demandas territoriais para visita domiciliar...

[a médica] já fez uma visita, porque é o ACS que identifica essas pessoas doentes. No caso, quem pode se deslocar vai até a unidade, mas em caso de acamado, em caso extremo, ela [médica] já fez uma visita agora. Apesar de ser menos de 15 dias que ela está atendendo já fez e eu acredito que ela vai fazer, não é? (GF-U2).

Médico, enfermeiro, ACS e usuários superando os obstáculos para realizar visita domiciliar...

Quando a gente não consegue esse carro, eu [enfermeiro] faço a visita, observo tudo que o paciente tem, anoto no prontuário clínico, mostro para ele [médico] e ele vai ver o que pode fazer. [...] também tem pacientes que têm uma boa vontade, apesar da dificuldade, de vir ao posto. Tenho um [usuário] lá que tem as duas pernas amputadas, mas o cara que cuida dele vai de cadeira de rodas e chegam lá. Às vezes, eu [médico] o visito em casa, mas a maioria das vezes, ele vai à USF. [...]. Às quintas-feiras, a cada 15 dias, a manhã é toda para visita. Quem agenda são os ACS [...] já aconteceu d’eu [médico] ficar até mais de meio dia fazendo visitas, mas geralmente são em torno de 8 a 10 visitas numa manhã. A prefeitura manda o carro e vou com os ACS, começamos pelos mais pertos. [...] há casos que há necessidade de uma visita em outro dia, que não é o dia de visita e acontece da gente ir. Tem o dia de visita, mas a médica não se prende a isso, se tem uma necessidade abre a agenda. [...] mês passado mesmo teve três visitas fora do agendamento (GF-T3).

Outra vertente de práticas, que indica uma aproximação das EqSF com a comunidade e sugere uma postura diferenciada dos profissionais, é o envolvimento em atividades preventivas e promocionais com grupos de usuários, o desenvolvimento de atividades educativas em saúde no território, debates sobre a organização da USF e alguma articulação intersetorial, buscando a ampliação do cuidado em espaços comunitários. Os relatos abaixo ilustram alguns desses momentos em distintas cidades,

Mobilização comunitária e dos profissionais contra a dengue...

Uma coisa bacana mesmo que eu vi essa semana aqui, foi a presença das duas médicas [da USF] nesse trabalho da dengue. Participando do mutirão. Eu achei muito bacana (GF-U4).

Reuniões comunitárias para explicar o funcionamento da USF...

[...] a gente ter feito reuniões com todas as comunidades, as microáreas, com as associações de moradores [para esclarecer o funcionamento da USF]. Então, eu acredito que a demanda foi criando certo vínculo e hoje a demanda nos programas é, pelos indicadores do Ministério, relativamente satisfatória. Alguns usuários, ainda, com problemas com uns, às vezes, vão ao hospital com demandas que poderiam ser resolvidas na USF (GF-T2).

Palestras sobre prevenção em saúde...

Sempre tem reuniões, ou pra fazer palestras sobre AIDS, já teve com jovens pra discutir problemas sobre AIDS, sobre prevenção de gravidez na adolescência, porque eu tenho uma filha de 14 anos e ela participou das reuniões, sempre tem reuniões (GF-U1).

Ações educativas desenvolvidas pelo NASF...

Todo mês nós nos reunimos aí na comunidade [com nutricionista do NASF] onde ela passa para a gente, algumas informações com relação à nossa alimentação. Então, já fui procurada ou, às vezes, pela ACS, ela esteve na minha casa, para participar de alguns encontros que teve com a dentista lá no centro comunitário. Teve, também, com a psicóloga [do NASF] uma vez no ano passado [...]. O ano passado teve, eu não sei se vocês [demais usuários do GF] participaram ano passado da questão de ginecologia, não é? Nós mulheres (GF-U4).

Em contraposição, as entrevistas e os relatos de campo não foram férteis em informações sobre essas atividades, refletindo certo esmaecimento das práticas comunitárias nos territórios, mormente, desenvolvidas pela equipe nuclear da saúde da família. Além disso, ressentimos a incipiência de políticas municipais e ausência de propostas regionais em apoio técnico e incentivo financeiro as ações de educação popular em saúde, nos discursos e em documentos institucionais. Em virtude disso, os relatos captados referem-se a atividades levadas a cabo, muitas vezes, por iniciativas isoladas de profissionais de saúde, com ações fragmentadas no território e, por isso, com poucas chances de continuidade, ou ainda, restritas a demandas ocasionais (“dia do diabetes”, “da AIDS”, “da hipertensão” etc.). Os registros de campo, também, contemplaram informações acerca de acordos para realização de algumas

atividades educativas e/ou preventivas (campanha de vacina, passeatas, mutirões, feiras de saúde, por exemplo), em troca de folgas programadas. Tais negociações, ainda que justas para os trabalhadores, posto que, dizem respeito a atividades realizadas aos finais de semana ou feriados, em certa medida comprometem o acesso, já escasso, dos usuários às ações assistenciais rotineiras.

De certo modo, o conjunto de argumentos apresentados, até aqui, antecipam as fragilidades e desafios para realização de ações dessa natureza. Por essa razão, além de ficarem em segundo plano nos discursos, os dados captaram, particularmente, algumas situações que têm comprometido a ampliação e perenidade de ações para prevenção de agravos e promoção da saúde: descontinuidade das ações, improvisação ou falta de espaço adequado para realização de reuniões na comunidade, sobrecarga de trabalho assistencial, resistência de alguns profissionais, deficiência/ausência de material de suporte para atividades em grupo,

Demandas assistenciais ocupando toda a agenda médica e restringindo ações coletivas...

[...] para fazer isso [ação educativa], você [médico] precisa ter uma folga no atendimento para ter um atendimento melhor, um tempo adequado para cada paciente, precisa ter momentos na sua agenda para atender grupos, fazer educação em grupos, educação de adolescentes, gestantes, hipertensos, idosos, grupos específicos. Você precisa ter tempo para planejar atividade na comunidade, feiras, e por aí vai. [...] o PSF da teoria não conseguiu ser traduzido na prática. Isso varia de cidade em cidade, de região em região, mas realmente o PSF da prática apanha muito para o PSF da teoria (Ent.10, GM).

Resistência dos profissionais em realizar ações educativas...

[...] a gente sempre discute com os profissionais a necessidade de se definir na semana típica deles turnos específicos para desenvolver atividades com a comunidade, atividades educativas, e que fossem definidas para todas as categorias de profissionais. [...] a proposta é essa, algumas equipes a gente tem a participação nos grupos educativos, desde o ACS ao médico e tal, tem outras equipes que você vê que o médico pouco participa. Tem algumas equipes que, às vezes, o médico tem resistência em participar da própria reunião de equipe da unidade. Mas na grande maioria, em relação aos profissionais de nível superior, quem a gente tem mais problemas em participar é o profissional médico. É claro que nas outras categorias também temos, não estou aqui para crucificar os médicos (Ent.11, GM).

Falta/descontinuidade de suporte para atividades educativas: dificuldades mesmo quando se deseja fazer...

Imagina um médico especializado em PSF que chegue para trabalhar aqui, mesmo que ele saiba tudo de PSF, saiba como funciona e fazer os grupos, aí ele chega na comunidade onde tem uma sobrecarga de família, falta de estrutura em outras questões, não é? Até para funcionar, por exemplo, eu [médico] não tenho onde fazer um grupo. Você faz as migalhas. [...] às vezes, temos uma capacitação, vou citar [médico] o exemplo da capacitação em tratamento da dependência do tabaco, que a nossa equipe fez para trabalhar na unidade e desafogar o CAPES-AD. [...] montamos dois grupos e recebemos a medicação. A partir do segundo grupo, começou o pinga, pinga da medicação. [...] a gente ficou com lista de espera dos grupos, as pessoas querendo, pois você sensibiliza a comunidade e para. Quer dizer,

passa um ano, passa dois e acaba a credibilidade. Acaba o programa, simplesmente se acaba, sem você saber porque, sem nenhuma explicação ou justificativa, aí você fica assim: “Meu Deus, eu perdi um tempo, fui para essa capacitação...”. Eu gostaria de fazer, de continuar. Vê uma pessoa que tinha 40 anos fumando e ela dizer: “Olha, eu consegui...”. Está conseguindo até agora, pois retorna lá e continua sem fumar. Então, são coisas desse nível que, às vezes, desestruturam a gente. A descontinuidade, não é? [todos concordam] (GF-T4).

As razões para realização ou não de atividades educativas, variam conforme problemas organizativos apontados acima, mas, também, refletem um modelo de cuidado centrado na doença que está incrustado no modo de fazer dos profissionais (mesmo nas práticas educativas) e na maneira de demandar dos usuários. Nesse aspecto, é recorrente o discurso dos profissionais acerca da baixa adesão dos usuários às atividades de grupo, muitas vezes, servindo para justificar a inexistência ou acomodação da EqSF em continuar a realização de ações mais amplas nos territórios ou mesmo de pequenas atividades em grupo. Todavia, as práticas de educação em saúde carecem de um planejamento cuidadoso e criativo, envolvimento dos profissionais e da comunidade na formulação/captação de temas relevantes, realizados em locais e horários compatíveis com a participação das pessoas, com temas tratados de maneira interativa e com linguagem compreensível aos participantes, regularmente realizados e contextualizados, além do formato menos “*academicista*” e prescritivo (Albuquerque e Stotz, 2004). Em virtude dessas nuances, a não participação da comunidade não deve ser compreendida por sua “*aparente resistência*”, mas, sobretudo, a partir de uma crítica à própria maneira de fazer dos profissionais e do modelo de produção do cuidado subjacentes às práticas e aos modos de gerir a saúde, bem como ao contexto das pessoas (condições biopsicosociais). As narrativas, a seguir, trazem as diferentes percepções de trabalhadores da saúde e usuários,

População não participa das atividades educativas: “não valorizam”...

Na minha unidade, aliás, é no município, a gente vai pelas conferências e pré-conferências que a gente faz e que a participação popular é muito pouca, e não é diferente na USF e nas reuniões de bairro. A gente tem que tá no pé, dando convite e a participação não é grande não, eles têm muita dificuldade de participar da ação educativa, eu acho que a visão é aquela visão curativa, não valorizam. Acham que saúde é só para dar remédio, para pedir exame. Que saúde não se faz com palestra, com educação, não é? Então, acho que a gente, ainda, tem um trabalho muito grande. E a gente tem a prática de muitos profissionais por aí que, ainda, pensam de forma curativa. E acaba que a comunidade se espelha no profissional, então, se o profissional fala que passando a receita, dando um pedido é bom, a comunidade vai entender que aquilo é bom para ela, e aí, ela não vai muito se ater a parte preventiva. Hoje em dia é muito difícil a pessoa gostar de prevenir. Muitas vezes, só procura o serviço quando tem os sintomas, está com dor, com aquela angústia, aí procura o serviço, muito pouco pra prevenção. As atividades educativas, a gente tenta fazer na medida do possível, a gente não tem um cronograma: “ah, tal dia vou fazer atividade” (GF-T3).

Condições de vida e as dificuldades dos usuários para as atividades em grupo...

[...] ocorre isso, do pessoal da área da saúde convocar o pessoal pra reunião e por causa da roça, da necessidade de ir à sede, aluno na escola, a gente acaba não participando das reuniões. [...] tem hora que não dá! Tem hora que to na roça. Moro sozinho com a mulher. A gente quer, mas é por causa da ocupação. Os filhos tão tudo no mundo. A idade de 82 anos não tá mais aguentando trabalhar, mas a gente com o costume de trabalhar, não fica quieto, né? E a gente não tem condição de pagar para outra pessoa cuidar [da roça]. [...] Não é que a gente não quer, mas é por conta da ocupação (GF-U1).

Herança da medicina prescritiva, ainda nas práticas profissionais e no imaginário dos usuários...

Quer dizer, é um trabalho gigantesco que a gente tem que fazer. E a gente diz assim: “Vou chamar um grupo educativo”. Você chama grupo educativo vai pouca gente. Vão os mesmos que estão lá na unidade, os mesmos. Então, é muito difícil. Quer dizer, como é que a gente vai fazer isso chegar para a comunidade e dizer como é a ESF? Nós temos poucos anos de Saúde da Família. Nós vimos de uma referência histórica de ambulatório, a consulta e a receita, e vai embora. É muito diferente a Saúde da Família. Eu me preocupo com a ESF, porque, acho particularmente que quem devia trabalhar é quem tinha formação em ESF (GF-T4).

Por fim, para além das ações fora da USF, os profissionais ressaltaram, também, a precariedade ou ausência de suporte material para continuação e ampliação do cuidado programado, para garantia de resolubilidade em situações agudas, ou mesmo, suporte de vida em situações emergenciais. Nesse aspecto, todos os trabalhadores de saúde declararam que a insuficiência de aporte material contribui negativamente para que as USF possam ser um espaço que garanta segurança e satisfação clínica aos profissionais e usuários. Os discursos, a seguir, apontam ausência de material para suturas simples, medicação de urgência, descontinuidade dos métodos para planejamento familiar, entre outros recursos terapêuticos de primeira necessidade,

USF simplificadas...

[...] a medicina ou enfermagem fazem além da consulta algum procedimento nas USF, eu acho que mais na zona rural pela dificuldade do paciente da unidade se deslocar para um hospital. Como aqui a gente está na sede e está perto do hospital, então faz mais a prevenção. Só faz um curativo, mas o médico não faz sutura na unidade. [...] a questão é a seguinte, a gente está tentando colocar emergência no hospital, pois o hospital é em frente ao PSF que eu trabalho. Mas no caso, por exemplo, lá embaixo [outra USF], o médico está lá na unidade, poderia fazer sutura lá. Os outros PSF todos que eu [médico] trabalhei, a gente fazia drenagem de abscesso, exérese de unhas, retirava nevos, sutura, tudo no PSF. Pois dá para fazer no PSF. [...] estou percebendo que parte dos procedimentos estão indo, na sede, para o hospital, por exemplo, foi abolido o fio de sutura lá na USF, foi abolido e não tem sutura. Acho que tem que ter o fio de sutura, pois dava para resolver (GF-T2).

USF sem suporte medicamentoso para as urgências...

[...] é só consulta mesmo. Se chegar um paciente aqui agora com um corte mínimo que um pontinho resolveria, vou ter que encaminhar para o hospital porque não tem fio de sutura, não tem instrumentos para eu [médico] suturar o paciente aqui, e nem uma droga injetável também. Então, assim, na verdade se o paciente enfartar no corredor, não tenho nem AAS aí para dar ao paciente, entendeu? Então só funciona

com consulta mesmo. [...] em questão de material, por exemplo, medicamento de emergência sempre é muito baixo. Hoje mesmo, tinha uma criança vomitando, eu [médico] fui no armário tinha uns copinhos, eu peguei o copinho de Plasil (metoclopramida) estava puro, não tinha mais nenhum. Aí encaminhei para a secretaria. E dava pra resolver lá [USF] mesmo. Às vezes, precisa fazer um terço de ampola, meio de ampola, pois uma criancinha chegar com sintoma, não é? E a gente tem que mandar para o hospital (GF-T3).

Prescrição subordinada à oferta e não à necessidade...

Já trabalhei em municípios que de fato funcionava o planejamento familiar, mas aqui sempre falta algum. Planejamento familiar é aquela coisa de você ter todos [os métodos] e realmente o paciente escolher aquele que ele se adéque, mas acaba escolhendo o que tem, porque de uma gama de 6, só tem 2. E num mês tem, no outro não tem. [...] tem um fluxo, também, quando a gente encaminha para o ambulatório do hospital [para laqueadura] e que as pacientes chegam lá, assistem a palestra, a gente encaminha e quando chega lá não são atendidas e voltam, porque o sonho da maioria é fazer a laqueadura. E, quando voltam elas voltam desestimuladas, porque a gente não está tendo a resposta do que a gente está encaminhando (GF-T4).

Baixo adensamento tecnológico das USF...

[...] se você tem uma unidade na zona rural, tem que ter pelo menos uma sala de observação com dois leitos e ter um nebulizador, ter um suporte, ter um oxigênio portátil. [...] Porque não justifica mandar para um hospital atender um paciente que vai fazer uso de uma penicilina porque não tem medicação e um oxigênio. Justifica eu mandar uma pequena sutura para um hospital ou até uma reidratação venosa rápida, por uma desidratação leve? Ou por uma dengue? Justifica mandar? Ocupar o leito de uma emergência por causa disso? Não, mas eu vejo isso, pois eu já auditei algumas cidades e não mudou muito de quando auditei para cá, tenho certeza absoluta disso (Ent.17, GE).

Em síntese, os problemas na ESF apresentam um paradoxo, por um lado o debate acerca da clínica degradada e a falta de aderência/compromisso profissional com o trabalho comprometeriam as ações de saúde, por outro, encontramos um conjunto de profissionais que, mesmo quando desejam e/ou exercem uma prática mais alinhada com o que se espera para garantir a centralidade do cuidado na APS, é interdito por condições de infraestrutura de trabalho. Obviamente, tais incongruências se desdobram nas escolhas dos usuários que, inclusive, por assimetria na compreensão de suas necessidades diante do profissional de saúde e sua luta por garantir uma resposta ao seu sofrimento, buscam o cuidado por distintas portas na rede assistencial, recorrendo a diferentes sujeitos, muitas vezes, como vimos, sujeitando-se a favores, sendo em momentos de grande vulnerabilidade, destituídos de sua cidadania.

Ao lado disso, conforme vimos discutindo até aqui, destacamos o tipo de clínica desenvolvida por profissionais de saúde no âmbito da ESF. Nesse sentido, captamos uma forte presença do núcleo biomédico e uma dependência acentuada dos serviços médicos para legitimação e consecução da APS. Não é por acaso, que os discursos de gestores, profissionais de diferentes formações e usuários centralizam na prática médica a causa e a solução para as aflições individuais e coletivas na rede regionalizada. Por esse aspecto, percebemos um sombreamento acerca da discussão sobre o modelo de atenção à saúde que se deseja e o uso

que é feito das tecnologias disponíveis para o trabalho em saúde, sem uma clara definição de prioridades nos processos terapêuticos. Para Campos (2003, p.71), “*a clínica de qualidade somente será possível se conseguir avaliar riscos e, em decorrência, concentrar atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade*”, nessa perspectiva, acrescenta o autor, os profissionais poderão definir melhor os recursos terapêuticos conforme o caso: assistência individual, interconsultas, visitas domiciliares, educação em saúde etc.

Sem dúvida, a infraestrutura inadequada dos estabelecimentos de saúde, a ausência de profissionais médicos em USF e os problemas no acesso aos cuidados complementares são provas que atestam contra uma APS fortalecida, sobretudo, pelo comprometimento na disponibilidade de cuidado oportuno e regular e na capacidade amortizada de resolver problemas. Todavia, entendemos que, tão grave quanto os problemas destacados é a clínica desenvolvida por alguns trabalhadores da saúde que, mesmo em condições favoráveis, submetem os usuários a uma clínica degradada, despersonalizada, ou até, iatrogênica, como vimos em diversos trechos no decorrer do capítulo. Identificamos a clínica degradada, apoiados em Campos (2003), como sendo um comportamento alienado do profissional que atende os usuários e suas demandas de forma padronizada, quase independente da gravidade, num sistema de queixa-conduta, sem a devida ausculta das singularidades e sem estabelecer vínculos com as pessoas, perdendo-se a oportunidade de resolver problemas de saúde.

Tais situações analisadas sinalizam para uma rede desconectada e uma APS ocupando uma posição marginal, ainda que, nos documentos institucionais apareça enquanto prioridade e, na prática, haja inúmeros microprojetos, nos interstícios da rede, que tentam construir novos circuitos e fortalecer a ESF.

4.4 Matriz Síntese dos Resultados: dimensão III – Centralidade da APS

Nível político-institucional	Nível organizacional	Nível das práticas	
Organização da ESF (acesso e porta de entrada preferencial)			
<p>Há proposta estadual de expansão do incentivo e fomento para expansão da cobertura ESF, construção e adequação das USF na Bahia. Há proposta estadual de apoio institucional, por meio da DAB, a todos os municípios para expansão e consolidação da ESF na Bahia. PMAQ como estratégia de organização da ESF para torná-la porta de entrada preferencial</p>	<p>Não há metas regionais específicas de expansão da cobertura e adequação da ESF na microrregião. Cada município, isoladamente, define suas metas e estratégias de ampliação de cobertura da ESF. Municípios aderiram ao PMAQ</p>	<p>O número de famílias por EqSF é variável nos diferentes territórios municipais. Contudo, muitas EqSF trabalham com cadastramentos acima de 4000 pessoas</p> <p>ACS responsável por agendamento de consultas para usuários de microáreas distantes, geralmente zona rural. ACS responsável por comunicar à comunidade os dias de marcação de consultas dos diferentes profissionais</p>	
	<p>Não há mecanismos ou propostas debatidas no CGMR para fortalecer a APS como porta de entrada preferencial. Cada município, isoladamente, define suas metas e estratégias para tornar a ESF porta de entrada preferencial. Não há debate e/ou plano de ação para definir o modelo de atenção para produção do cuidado na microrregião</p>	<p>A ESF não é a única porta de entrada para o primeiro contato, nem a preferencial para acesso aos serviços de saúde</p> <p>Poucas ou ausência de informações sobre o funcionamento da unidade, serviços prestados por profissional e horário. Muitas vezes, tais informações estão dispostas em mural “poluído” de informações e/ou sem destaque para servir como material orientador</p> <p>Diversas EqSF estão incompletas nas USF, particularmente pela ausência de médicos. Outras tantas têm o profissional médico restrito a alguns turnos e/ou dias na semana, dificultando o acesso dos usuários ao cuidado oportuno e favorecendo a busca por outras portas de entrada (PA, hospitais)</p> <p>Por conta de EqSF incompletas e/ou com restrição do trabalho médico a poucos turnos, municípios com baixa cobertura, grande distâncias entre USF e residência na zona rural, a população busca, também, outros espaços para o primeiro contato</p>	
	<p>Não há estratégia desenvolvida regionalmente para adequação das USF/UBS para as ações da EqSF na microrregião. Cada município, isoladamente, define suas prioridades. A indução é feita pela SESAB/DIRES ou MS, pois o CGMR não prioriza debates em torno da APS</p>	<p>As USF/UBS foram ou estão sendo reformadas e/ou construídas em sede própria. Contudo, há problemas no espaço das recepções para acomodação dos usuários, inadequação na climatização, ausência de entretenimento e <i>layout</i> pouco atrativo. As USF/UBS são simplificadas (sem material de suporte para urgências). Todo processo burocrático de preenchimento de guias, notificação, prontuários etc. é manual</p>	
	<p>Há aplicação de recursos financeiros, com incentivos (federal e estadual) para construção e reformas de USF/UBS nos municípios. Há</p>	<p>Há falta de conectividade entre as USF/UBS e os demais pontos da rede na microrregião. Os poucos casos de informatização e</p>	<p>Marcação de consultas para atendimento na USF/USB manual e presencial (ou via ACS). Não há agendamento por hora marcada, apenas por turno, gerando longo tempo de espera</p>

incentivo financeiro estadual para custeio das EqSF	conexão em banda larga das USF/UBS, resumem-se a marcação de consultas das USF com a CMC	na unidade, mesmo para as demandas programadas que, por sua vez, tornam o espaço das unidades repleto de pessoas aguardando na recepção para diferentes serviços
	Na microrregião não há propostas e/ou incentivo (técnico ou financeiro) ao gerenciamento compartilhado (entre os membros da EqSF) nas USF/UBS, nem mesmo diferenciação salarial para o profissional que gerencia a unidade de APS	Atividades gerenciais não são compartilhadas por diferentes profissionais na USF/USB. O enfermeiro assume (mesmo informalmente) a função de gerente. Há poucos casos de rodízio entre os profissionais nas funções administrativas das unidades, mas na dependência da “boa vontade” de outros profissionais
Expansão da oferta de serviços e funções da ESF (ampliação do escopo)		
Há incentivo financeiro, mas insuficiente, e apoio institucional da DAB/SESAB para aquisição de equipamentos e insumos de saúde para melhoria das ações nas USF. Incentivo financeiro federal e apoio técnico da SESAB/ DIRES para implantação de NASF, ESB e Academias da Saúde para aumentar a abrangência de atuação da ESF. Há inúmeras propostas na Política Estadual de AB para qualificação da APS na Bahia, mas sem explicitação (mesmo em outros documentos) de como e quando serão implementadas	O incentivo financeiro para incorporação de NASF é debatido (burocraticamente) na microrregião no CGMR, mas conta com apoio técnico da 20ª DIRES e dos apoiadores institucionais da DAB/SESAB. Cada município, isoladamente, apresenta sua proposta e encaminha para apreciação no CGMR	Não há apoio matricial às EqSF. A retaguarda assistencial é estabelecida via CMC ou contatos informais. O suporte técnico-pedagógico é fornecido pela 20ª DIRES e pelas coordenações de atenção básica locais, mas pulverizadas nos territórios e sem clara definição de modelo
	Não há incentivos financeiros para a microrregião ou propostas/debates no CGMR que incentivem a incorporação de outros profissionais à APS, além do NASF e ESB	Existência de NASF. Contudo, em número insuficiente (10 equipes), limitadas a sete cidades. O apoio do NASF não chega a ser matricial, mas tem expandido as ações promocionais e preventivas nos territórios
	As USF/UBS seguem as orientações da PNAB para incorporação de equipamentos. Todavia, as unidades não têm um bom adensamento tecnológico, é comum a ausência de equipamentos e insumos para as urgências e pequenos procedimentos como sutura (extra oral). Não há proposta desenvolvida ou debatida no CGMR para incorporação de equipamentos e insumos às USF/UBS aumentando o adensamento tecnológico da ESF	Existência de Equipe de Saúde Bucal (ESB) em todas as cidades da microrregião. A maioria das ESB não trabalha na proporção 1:1, dificultando o acesso dos usuários. Todas as equipes são modalidade I
	Não há propostas desenvolvidas regionalmente para ampliação e	Não há outros profissionais agregados às EqSF (além da equipe mínima, NASF e ESB) nas USF. Em algumas UBS atuam o ginecologista e o pediatra no formato tradicional, sem interconsulta e/ou apoio matricial as demais unidades
		Não há equipamentos e insumos (para além do proposto pela PNAB) que garantam novas práticas assistenciais (inclusive de outros profissionais) no âmbito da ESF
		Não há coleta de material para exames laboratoriais nas USF/UBS salvo casos pontuais
	Não há incorporação e uso de práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura) na ESF. Algumas USF, envolvidas com o PET-Saúde, restrita a uma das cidades, trabalham com farmácia natural (“farmácia viva”) em parceria com a UFBA e UESB	
	Há visitas domiciliares por médicos e enfermeiros. Todavia, algumas equipes têm dificuldade no deslocamento (falta transporte) e na disponibilidade do médico para as VD	

	<p>fortalecimento de atividades extra-USF/UBS pela EqSF. As ações nessa direção são demandas isoladas dos municípios ou definidas por profissionais nas equipes</p>	<p>Há busca ativa e notificação de doenças e agravos, contudo há problemas no preenchimento das fichas de notificação, comprometendo a informação. Há resistência e falhas na notificação pelos profissionais</p> <p>Equipes estabelecem raras parcerias com outras instituições comunitárias</p> <p>Há acompanhamento de acamado pelas EqSF na área de abrangência</p>
	<p>Há apoio técnico da DIRES ao trabalho multiprofissional e apoio institucional da DAB/SESAB para fortalecimento das EqSF na microrregião</p>	<p>Em caso de dúvida sobre tratamento clínico, organização dos serviços etc., as EqSF conseguem falar com os gestores/gerentes da SMS</p> <p>Há reunião periódica entre as equipes e coordenadores de APS da SMS para planejamento e avaliação das ações. Contudo, as reuniões estão centradas no enfermeiro e/ou coordenador da USF/UBS</p> <p>Processo de trabalho dos técnicos e ACS é supervisionado pela EqSF (essencialmente pelo enfermeiro), mas centrado na produção e algumas rotinas</p> <p>EqSF desenvolvem um processo de trabalho tradicional (queixa-conduta), médico-centrado e sem a incorporação de protocolos clínicos e sem a definição de metas</p> <p>EqSF não possuem autonomia necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência das USF/UBS</p>
Função de filtro (gatekeeper)		
<p>Há estratégias estaduais e está implantado o complexo regulador estadual e municipal para garantir que a referência via CMC seja requisito para acessar os demais níveis/pontos da rede na região de saúde</p>	<p>Existe mecanismo de regulação microrregional formalizado na rede que atrela (ainda com brechas) à EqSF os agendamentos/encaminhamentos para as consultas especializadas via CMC, mediante pactuações por PPI</p> <p>Não há mecanismos para valorização do papel de filtro da EqSF na rede regionalizada como padronização de ferramentas de gestão da clínica. Há movimentos isolados para revisão das listas de espera nas USF e reclassificação dos usuários conforme as prioridades nas “guias de solicitação”</p>	<p>Profissionais das USF/UBS são responsáveis pelos encaminhamentos para acessar a maioria das consultas especializadas e o sistema de apoio diagnóstico via cotas das CMC. Contudo, essa função é comprometida por coordenadores de CMC, alguns estabelecimentos especializados e clientelismo que conseguem solicitar e/ou marcar consultas/exames especializados sem a participação de profissionais da APS. Além disso, o serviço de PA pode solicitar exames e consultas especializadas de rotina, concorrendo com os profissionais de APS</p> <p>Profissionais dos demais pontos da rede não reconhecem/valorizam e sobrepõem-se ao papel de filtro das EqSF</p>
Coordenação e continuidade relacional/ longitudinalidade do cuidado (EqSF como gestor terapêutico)		

<p>A implementação de Linhas do Cuidado é a estratégia estadual para que o cuidado ao usuário seja coordenado pela EqSF em todos os níveis de atenção e permaneça sob sua responsabilidade ao longo do tempo. Não há estratégias explícitas de como promover a coordenação do cuidado na rede regionalizada via ESF</p>	<p>Não há estratégia regional voltada para fortalecer/garantir a coordenação e continuidade do cuidado por EqSF na microrregião. As disputas entre os municípios por médicos e salários muito desiguais entre os profissionais comprometem a harmonia das EqSF e geram rotatividade, impedindo a longitudinalidade do cuidado por um mesmo profissional</p>	<p>EqSF encaminham para outros pontos da rede a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença, sem utilização de protocolos clínicos e sem suporte de ferramentas de gestão da clínica. A formação não específica/adequada para atuação na APS e/ou a inexperiência comprometem as atividades clínicas e os encaminhamentos de muitos profissionais</p> <p>Há acompanhamento do usuário ao longo do tempo por EqSF, em atenção aos problemas de saúde (agudos e crônicos), mas a rotatividade de profissionais e a ausência em inúmeros turnos de trabalho comprometem a continuidade relacional (longitudinalidade)</p> <p>Os médicos da USF/UBS não acompanham seu paciente durante a internação e só recebem informação do caso após alta hospitalar, caso esse procure a unidade ou o ACS avise, pois não há relatório de alta hospitalar</p> <p>Não há busca ativa de egressos hospitalares nos territórios da ESF. Contudo, ACS informam as EqSF e agendam visitas domiciliares quando necessário</p> <p>Usuário não é rotineiramente contatado pelas EqSF para prevenir complicações de problemas crônicos. Usuário recebe informações sobre sua doença, apoio domiciliar e em autocuidado quando busca a USF/UBS ou solicita um atendimento via ACS. As atividades de educação em saúde desenvolvidas por universitários e/ou pela EqSF são momentos oportunistas para essa troca de informação sobre doenças crônicas</p> <p>Consulta de retorno à USF/UBS não é sempre garantida, nem é facilitada após realização de consulta, exame e/ou procedimento em outro ponto da rede</p> <p>Não há sistema de contrarreferência entre os diferentes pontos da rede, ou seja, os profissionais não compartilham informações clínicas sobre o usuário</p> <p>Em caso de dúvida sobre o tratamento, o usuário não consegue falar facilmente com o profissional que o atende regularmente na EqSF</p> <p>A população cadastrada numa USF reconhece a EqSF como referência habitual e usa a USF para o atendimento das necessidades de saúde, mas com uso seletivo das ações ofertadas</p> <p>Durante o atendimento médico na USF/UBS, geralmente, não há tempo suficiente para que os usuários explicitem suas dúvidas, queixas e preocupações por conta da grande demanda e perfil de alguns profissionais</p>
<p>Modelo usuário-centrado (acolhimento/humanização)</p>		

<p>PMAQ como estratégia estadual para qualificação na prestação de serviço e conformação de um modelo de atenção centrado no usuário nas EqSF. “Acolhimento pedagógico” (introdutório) e outras atividades de educação permanente como ações para sensibilizar e qualificar as práticas dos profissionais da ESF</p>	<p>Não há estratégia debatida regionalmente para conformação de um modelo de atenção centrado no usuário na microrregião. Os municípios, isoladamente, buscam suas estratégias</p>	<p>O atendimento do usuário na recepção é muito diversificado entre as unidades. Há inúmeros casos de conflitos e falhas no acolhimento pela recepção da USF/UBS. Espaço físico das recepções é inadequado à privacidade dos usuários, além de haver inúmeras interferências (ruídos). Algumas USF/UBS o enfermeiros/técnico de enfermagem são, também, os recepcionistas</p>
		<p>Há priorização das necessidades independente da ordem de chegada (idade e urgência) na USF/UBS, mas pouco formalizada (não atrelado a avaliação clínica, centrado na queixa do usuário, sem diretriz clínica)</p>
		<p>As consultas e procedimentos não são agendados por hora marcada na USF/UBS</p>
		<p>A demanda não programada (urgência, vulnerabilidade social, condição de saúde) é triada, mas a grande demanda tem prejudicado essa avaliação, gerando perda de cuidado oportuno. EqSF tentam encaixar e/ou encaminhada para outros serviços mais apropriados os usuários não agendados ou urgentes, mas sem uso de instrumentos de apoio à gestão da clínica, muitas vezes, por meio de contatos informais</p>
<p>“Orientação para a comunidade” e “Centralidade na família”</p>		
<p>Processos de educação permanente em saúde e cursos de especialização EAD (em saúde da família e atenção básica) como estratégias estaduais para incorporação/ fortalecimento do atributo ‘práticas em saúde orientadas para a comunidade’ e ‘centradas na família’ nas regiões de saúde</p>	<p>Não há ações de espectro regional para incorporação/ fortalecimento de práticas em saúde ‘orientadas para a comunidade’ nas EqSF na microrregião. Os municípios, isoladamente, buscam formas de motivação das EqSF e mecanismos distintos para captação da distribuição dos problemas no território e para fomentar a participação da comunidade</p>	<p>EqSF conhecem pouco o contexto familiar do usuário e raramente levam-no em consideração nas ações de saúde</p>
		<p>Profissionais ou EqSF não analisam o problema do usuário à luz do contexto comunitário (modelo queixa-conduta). Dificuldades de tempo para discutir o plano de tratamento (orientações pontuais) e adotam a intervenção possível, nem sempre a mais adequada a cada caso</p>
		<p>Há CLS funcionando em algumas áreas com ESF, com participação da EqSF (incluindo médicos) e membros da comunidade</p>
	<p>EqSF desconhecem a distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade</p>	
<p>Não há ações de espectro regional para incorporação/ fortalecimento de práticas em saúde ‘centradas na família’ nas EqSF na microrregião. Os municípios, isoladamente, buscam formas de motivação das EqSF para que trabalhem com prontuário da família e busquem aumentar o vínculo com a</p>	<p>Não há ações de espectro regional para incorporação/ fortalecimento de práticas em saúde ‘centradas na família’ nas EqSF na microrregião. Os municípios, isoladamente, buscam formas de motivação das EqSF para que trabalhem com prontuário da família e busquem aumentar o vínculo com a</p>	<p>A organização dos prontuários em algumas USF é bastante precária, sendo o arquivamento, muitas vezes, inadequado e de difícil acesso aos profissionais</p>
		<p>As EqSF trabalham com prontuário da família, mas não há articulação entre as informações dos diferentes membros da família (clínica do tipo queixa-conduta)</p>

	comunidade para conhecer a história das famílias. A DIRES presta apoio institucional às SMS para cursos e capacitações dos profissionais	A rotatividade de profissionais dificulta o conhecimento dos diferentes membros da família, pois não a continuidade relacional
Resolubilidade (efetividade)		
SESAB oferta cursos EAD em Linhas do Cuidado para aumentar a qualificação das EqSF e aumentar a capacidade clínica dos profissionais	Não há estratégia regional para aumento de resolubilidade das ações da EqSF na microrregião. Os municípios apoiados pela 20ª DIRES e DAB/SESAB apostam, isoladamente, no PMAQ como catalisador de mudanças	EqSF com fragilidades técnicas e no suporte tecnológico para atender a população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença
	Existem estabelecimentos (hospitais e/ou PA) de suporte que possibilitam o pronto-atendimento do usuário em dias e horários em que a USF/UBS não funciona, mas não fazem o devido encaminhamento do usuário à USF/UBS de adscrição na microrregião. Trabalho sem integração com a APS	Não existe incentivo financeiro ou outras formas de incentivos para os profissionais/EqSF que alcançam metas pactuadas (resultados) para APS. Por sua vez, o PMAQ prevê incentivos para as SMS investirem nas EqSF que cumpram determinadas metas

Nota: Cada célula da *matriz síntese* tem correspondência com os critérios listados na *matriz de análise*.

CAPÍTULO V – FLUXOS ASSISTENCIAIS E DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO E COORDENAÇÃO NA REDE MICRORREGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Nesse capítulo, buscamos compreender os fluxos assistenciais e os dispositivos de integração dos serviços e coordenação do cuidado na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista, tomando como categorias analíticas as *dimensões IV, V, VI e VII* e suas respectivas *subdimensões* da *Matriz de análise da gestão do cuidado*. Para tanto, a partir dos dados empíricos, suprimimos, cotejamos e reagrupamos as subdimensões que então apresentadas em cinco seções:

- as subdimensões “*Suficiência da oferta pública de serviços da atenção especializada*” e “*Principal propriedade dos prestadores de serviço de saúde*” (Dimensão IV) são analisadas na seção “*Mecanismos de financiamento e modalidades de gestão para oferta de serviços de saúde na microrregião: subfinanciamento público e centralidade no procedimento médico com restrição na oferta pública de vagas*”;
- as subdimensões “*Sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados*” (Dimensão V) e “*Sistema de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico*” (Dimensão VI) são cotejadas na seção “*Longos períodos de espera comprometendo o cuidado e centros de especialidades inadequados à prestação de cuidados às condições crônicas*”;
- as subdimensões “*Instrumentos para continuidade do cuidado entre níveis de atenção*” (Dimensão V) e “*Identificação de usuários*” (Dimensão VII) são analisadas na seção “*Informação assistencial a cargo do usuário, comunicação incipiente entre profissionais de diferentes pontos e subutilização de protocolos clínicos na rede*”;
- a subdimensão “*Sistema de transporte sanitário*” (Dimensão VII) é discutida na seção “*Serviço público regular de transporte entre os municípios, mas com dificuldades na organização para contemplar a diversidade de necessidade e trajetórias dos usuários na rede*”;
- Por fim, a subdimensão “*Fluxos para atenção especializada*” (Dimensão V) é apresentada na seção “*Circuitos assistenciais e as trajetórias dos usuários na busca por cuidado em saúde na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista*”.

Por fim, encerramos o capítulo com a *Matriz Síntese dos Resultados* na qual destacamos os principais achados em campo.

5.1 “Suficiência da oferta pública de serviços da atenção especializada” e “Principal propriedade dos prestadores de serviço de saúde”

5.1.1 Mecanismos de financiamento e modalidades de gestão para oferta de serviços de saúde na microrregião: subfinanciamento público e centralidade no procedimento médico com restrição na oferta pública de vagas

O acesso dos usuários aos serviços de média densidade tecnológica na rede pública microrregional é realizado por meios dos pontos de atenção secundária e pelo sistema de apoio diagnóstico e terapêutico (de propriedade pública ou contratados/conveniados), localizados nos municípios e compartilhados mediante programação pactuada e integrada entre eles. Nesse aspecto, a disponibilidade na oferta dos serviços varia conforme a especialidade demandada e de acordo com o prestador que, por sua vez, está na dependência do tipo de gestão dos serviços de saúde em cada território, ou seja, se o município assume a condição de gestor único com o controle de todos os prestadores de serviços do SUS em seu território (comando único) ou se tem parte desses serviços sob gestão do ente estadual.

Na microrregião em foco, apenas os municípios de Barra do Choça, Belo Campo, Maetinga, Presidente Jânio Quadros e Vitória da Conquista assumiram a gestão em “comando único”. Sobre essa condição, quando questionamos os entrevistados acerca dos motivos que os fizeram assumir o comando único, as respostas versaram em torno da oportunidade de autonomia no uso dos recursos, liberdade na contratação de serviços no próprio território, negociação direta com o prestador com possibilidade de melhorar o acesso e o quantitativo na oferta de serviços. Em relação ao que os desestimularam a assunção dessa modalidade de gestão, os argumentos apontam para as dificuldades técnicas na organização dos serviços no território, recurso financeiro insuficiente para arcar com as necessidades assumidas para essa modalidade, dificuldade de profissionais médicos para contratação e orientação de técnicos da própria SESAB. Além disso, os gestores alertam para pontos nevrálgicos no processo de gestão municipal: 1) alguns municípios que assumem o comando único e que possuem hospitais de pequeno porte não dão conta dos serviços nos territórios, muitas vezes por falta de profissionais para fechar as escalas, e encaminham parte de sua população para Vitória da Conquista, particularmente, para os serviços hospitalares, concorrendo com a escassa cota pactuada com os municípios que não são comando único; 2) municípios assumem o comando único, seduzidos pelos recursos financeiros, mas sem o grau de responsabilização sanitária

necessária, comprometendo o mecanismo de regionalização; 3) o processo de auditoria externa, via SESAB, é incipiente para supervisionar o uso adequado dos recursos, soma-se ao fato de que muitos secretários de saúde não são gestores financeiros do fundo municipal de saúde, ou seja, tudo isso pode aumentar a utilização clientelista das verbas e/ou dos serviços. Os trechos a seguir resumem esse panorama,

Recurso financeiro insuficiente para gerir os serviços de saúde no território...

A obrigatoriedade do “comando único” é gerir o seu próprio sistema, mas o município não consegue. Porque o recurso é insuficiente e falta profissional. [...] Bem, é interessante, quando as auditoras vêm ao município e a gente pergunta: “Oh auditoras, vocês acham viável que o município tenha o comando único?” Elas falam: “Não, vocês são loucos?! O recurso que vem é insuficiente, é melhor não ter comando único. Fica do jeito que vocês estão”. Porque o recurso vem, mas é insuficiente, não dá para cobrir a demanda toda (Ent.3, GM).

Comando único atrelado ao tipo de financiamento, mas sem mudança no modelo de atenção...

[...] a questão do “comando único”, como não é algo, ainda, obrigatório, não tem, ainda, atrelado ao “comando único” a questão da política, dos programas... Fica muito livre e a critério [de cada gestor]. Mas acho que isso é importante, o gestor precisa ter essa liberdade de saber o que ele vai seguir, para que não vá todo mundo numa mesma linha que pode dar errado no final e aí fica todo mundo no mesmo barco. Mas vejo que, muitas vezes, o município não adere porque tem essa liberdade e não estar atrelado a nenhuma obrigação na estrutura. E aqueles que aderem, acho que aderem realmente na perspectiva e na esperança que vai se conseguir algo mais. [...] se colocar na balança não tem algo mais, porque como o comando único não é uma exigência para obter ou captar recurso, nem para aderir a nenhum programa ou projeto, é apenas uma forma de gestão, então como é aberto a esse critério, creio que quem busca, busca na esperança de poder organizar melhor o seu sistema, de ver um desenho melhor das formas de gestão [...] Mas mudar na lógica da organização, acho que perpassa, ainda, muito pelo perfil do gestor (Ent.7, GM).

[...] alguns municípios assumiram, outros não [comando único]. Não assumiram por vontade própria de não assumir, em alguns casos por orientação até da própria coordenação estadual, porque são municípios, ainda, muito incipientes na gestão [...] por falta de preparo de quem está no poder. O que faz um município ir para o comando único é o que ele avançou em organização dentro do território dele, da rede de atenção à saúde no território dele. Porque, por exemplo, no comando único, o que não consegue atender em Vitória da Conquista, licita e o próprio município paga. Então, não diria que consegue uma excelência, mas consegue, na medida do possível, suprir as necessidades de saúde da população. Outra coisa importante, o secretário de saúde de lá ordena, ou seja, assume o Fundo Municipal de Saúde. E, assim, tem poder de decisão, nem tudo precisa consultar o prefeito sobre o que vai fazer [...] (Ent.13, GR).

SMS querem o financiamento no território, mas não querem assumir a responsabilidade sanitária...

[...] para a grande maioria dos municípios, “comando único” significa ter autonomia para executar o seu recurso de alta e média complexidade. Para muitos, parece que não implica em algo mais. Aí vem uma disputa, também, política de tentar ter ou não ter comando único. Tanto município quanto estado. Ceder ou não ceder [Estado], ter ou não ter [município]. [...] em relação a alguns municípios pequenos, o que os mobiliza é assumir, ou seja, alguns querem realmente garantir não só a captação de recursos mais organizar a sua rede, minimamente dar resposta a sua Atenção Básica, montar uma retaguarda, fazer o serviço acontecer. Outros não querem nem saber, porque sabem que isso é problema, porque vão ter o prestador na

porta todo dia, vão ter que assumir um conjunto de responsabilidades para além do financeiro e, normalmente, o financiamento é infinitamente inferior ao quantitativo do serviço que vão ter que ofertar, pois é recurso que vem de PPI. Não muda, está baseado em cima de produção e envolve tabela SUS [...]. Esse assunto de saúde e responsabilidade [comando único] está muito mais ligado para a grande parte dos municípios à sua possibilidade de captar recursos (para alguns poucos municípios para organizar o serviço de saúde em seu território) do que, de fato, responder de maneira responsável por sua população (Ent.15, GE).

Além disso, o primeiro limite desse modo de organização dos serviços está na forma de planejar a disponibilidade de vagas centrada em parâmetros populacionais gerais ou em séries históricas, operados por meio da programação pactuada e integrada convencional, que atrela a quantidade de procedimentos ofertados por diferentes gestores aos tetos financeiros, geralmente, insuficientes, por conta do subfinanciamento e pela defasagem da Tabela Unificada do SUS, que não acompanha os valores praticados no mercado e atrapalha a capacidade de negociação entre gestor público e prestador privado, independente do tipo de gestão dos serviços de saúde.

O comando único em alguns municípios está mais relacionado com a questão econômica, pois pode representar um gasto menor ao ofertar o serviço no próprio território e, assim, diminuir o custo do transporte sanitário, ainda que, por sua vez, facilite o acesso (tempo de deslocamento e segurança) e diminua as ausências dos usuários. Em outro aspecto, o gestor negocia diretamente com o prestador um valor mais adequado para as consultas e exames especializados possibilitando o aumento da oferta quando comparado ao mesmo serviço prestado em outro município via PPI, ou seja, o gestor continua pagando acima da Tabela SUS, mas com uma majoração menor. O fragmento abaixo ilustra essa dinâmica,

Quando você tem uma gestão que o secretário é uma pessoa que tem conhecimento, e que consegue ser gestor; e ser gestor não é só ele mandar. Ele consegue realmente gerenciar recursos e todas as responsabilidades que envolvem esses recursos, independente do porte do município. Vai conseguir gerir bem, porque o fato de assumir o comando único, eu não recebo todos os recursos. Por exemplo, posso continuar pactuando com Conquista, mas parte daquele recurso que ficava em Conquista, posso dizer que quero montar lá meu serviço de ultrassonografia. E o que vejo, é que, por exemplo, é mais barato, às vezes, entrar com a contrapartida de 2 mil reais e ter a ultrassom sendo feita no meu território, do que pagar por uma economia de 2 ou 3 mil reais, e mandar meu paciente para fazer em Conquista, porque num município pequeno e pobre (que é o que acontece lá), você vai marcar a ultrassom para a pessoa ir fazer em Conquista, mas ela não tem o dinheiro para passagem. Isso vai gerar outro ônus. E que talvez, seja mais caro que os 2 ou 3 mil que eu vou aumentar na minha contrapartida para ter esse serviço lá (Ent.17, GE).

O ponto positivo está na possibilidade de uso mais racional dos recursos financeiros, mas não logra mudar a lógica centrada no procedimento, não altera o poder de barganha do prestador privado, não transforma o modelo de provisão de serviço centrado na oferta e pouco atento às necessidades da população, não incorpora elementos que viabilizem o processo de coordenação das EqSF no território, nem tampouco, garante melhor qualidade aos serviços prestados, permanecendo um sistema fragmentado. Para Mendes (2011, p.104) “*esse sistema de planejamento da oferta é muito sensível aos interesses dos gestores e dos prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política do sistema de atenção à saúde*”.

Por outro lado, o subfinanciamento do SUS tem levado os gestores a um contrassenso dentro da política de regionalização, pois precisam fortalecer as ações conjuntas e solidárias, porém, os escassos recursos financeiros estimulam a competição entre os municípios para garantia de uma oferta sempre contingenciada. Para os entrevistados, a programação pactuada e integrada não favorece uma regionalização solidária, posto que, alguns gestores não querem assumir as responsabilidades mínimas em seu território e os municípios de referência acabam comprometendo a organização da própria rede local,

PPI: “tirando de um e colocando para outro”...

O que vejo da PPI é a questão de você fatiar, dividir o bolo para muita gente, sem ter como todo mundo pegar uma fatia desse bolo. Então, acaba pegando quase o que você não tem, querendo fazer uma conta mágica para distribuir, às vezes, por falta de recurso mesmo. Porque a PPI não tem aumento de recurso, ela faz uma distribuição, aloca recurso de oferta dentro da região, da macrorregião, um recurso já existente, que aí você redistribui daquela forma, tirando de um e colocando para outro, pois, às vezes, o município por ser um polo e ter algumas especialidades ou a maioria delas, é forçado a ofertar. Então, tem uma pressão. [...] E fora que vêm outros municípios que não são pactuados, como o Norte de Minas, e que tem utilizado a nossa oferta e tem acabado com a nossa cota, principalmente na porta da urgência e tratamento para câncer (Ent.7, GM).

Pactuação inferior ao custo de fato...

[...] porque tudo que os outros municípios dessa microrregião acabam utilizando do serviço de Vitória da Conquista, sempre o que é alocado na pactuação é inferior ao custo de fato, do procedimento e da internação. Porque, assim, aí a gente já tem uma coisa que é bem maior, que é o subfinanciamento do SUS. [...] Porque a Tabela Unificada do SUS, se ela tem uma remuneração baixa com o repasse também dos municípios, isso se deve ao subfinanciamento do SUS. [...] quando existe a pactuação, os municípios têm a obrigação de oferecer a parte de atenção primária e assistencial básica à população e o que compra do município polo, o município nem sempre pode garantir. E o que garante, eu te garanto que ele não garante... Ele oferta com valores que não foram os valores comprados pela tabela do SUS, e não existe mecanismo legal, mesmo que os municípios queiram, de fazer repasse de Fundo a Fundo para o município de Conquista, não pode. Então, o que é comprado é sempre com valor onerado, ou seja, é com um custo bem maior para o município. Sejam procedimentos ambulatoriais especializados, sejam as internações. Uma rede solidária, com esse financiamento da saúde não tem como. Se você tem um financiamento baixo, uma oferta escassa como essa rede vai funcionar? Apagando incêndio, apodrecendo, é assim que funciona hoje. [...] não deixar quem está perto

de morrer, morrer, na verdade é isso também, assistir realmente quem está pior, na verdade é assim que se trabalha (Ent.9, GM).

Porque se você, de fato, for analisar Termo de Compromisso de Gestão, relação e evolução desses termos e no que de fato isso implicou para o gestor municipal, eu não enxergo absolutamente nada. Faltou o processo de monitoramento, de avaliação e de validação desses termos. Ele ficou cartorial e nada avançou. [...] ele garantiu a construção desse espaço [CGMR], essa instância colegiada e representativa. [...] muito mais como uma instância de participação, de discussão, de diálogo, mas não necessariamente com corresponsabilidade. [...] não vou ficar falando de regionalização solidária, responsabilidade compartilhada, pois isso não acontece, porque o processo de negociação não segue esse caminho. Muitas vezes, é o caminho do mais forte, do poder, de quem detém a caneta e quem pode mais. E isso acaba interferindo nessas relações, não tem jeito (Ent.15, GE).

Nesse ínterim, o Ministério da Saúde, com o Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, propõe um instrumento de gestão, visando a integração das redes de saúde, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) que é “*a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federados em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários*” (Brasil, 2011a, p.12). A perspectiva é estabelecer uma contratualização consensual entre os entes regionais, substituindo os Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e incorporando os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão, com critérios definidos na Comissão Intergestora Regional (CIR) que, por sua vez, devem substituir os CGMR (Brasil, 2011).

Na Bahia, não está definido se os CIR serão microrregionais correspondendo aos CGMR atuais, ou se serão macrorregionais, correspondendo a uma instância nova que incorporará os CGMR de uma macrorregião de saúde. Essa definição é central, também, para definição, no estado, acerca dos signatários do COAP em cada região de saúde.

Em síntese, apesar da constituição de uma rede intermunicipal, os gestores, ainda, não assumem, de fato, a responsabilização sanitária pelas ações em saúde e o debate não tem dado sinais de avanço acerca do fortalecimento da gestão do cuidado e do modelo de atenção à saúde na microrregião.

5.2 “Sistema de regulação e marcação de consultas e exames” e “Sistema de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico”

5.2.1 Longos períodos de espera comprometendo o cuidado e centros de especialidades inadequados à prestação de cuidados às condições crônicas

A garantia da saúde para todos os brasileiros, bem como o direito a todos os serviços que sejam necessários à resolução do problema de saúde, torna a questão da oferta de serviços e a produção de demandas um importante desafio aos sistemas locais de serviços de saúde, bem como a sua capacidade adequada e oportuna de responder às necessidades de saúde da população.

Os gestores deparam-se por um lado com a tripla carga de doença (Mendes, 2010), simultaneamente com o desenvolvimento de novas técnicas e equipamentos de diagnóstico e terapia, que se somam aos já existentes, e sofrem pressão da população, dos profissionais e dos fornecedores de materiais e equipamentos para incorporação e disponibilidade nos serviços de saúde, necessitando, portanto, de mecanismos públicos de regulação, na perspectiva de assegurar o acesso com equidade.

Na microrregião, o papel regulador para acesso aos serviços especializados de média densidade tecnológica é exercido precipuamente nos municípios, por meio de suas Centrais de Regulação e Marcação de Consultas (CMC) que podem ter uma abrangência local ou regional, na dependência da oferta de serviços sob sua responsabilidade. A regulação exercida por cada município não é uniforme e reflete o grau de organização da rede local e regional, bem como expressa o modelo de atenção operado nos territórios. No estudo, conhecemos quatro experiências de CMC e o modo como se estruturam para responder as demandas apresentadas pelos usuários e, por meio delas, identificamos questões comuns e singulares que sinalizam os principais avanços e desafios na regulação microrregional.

As principais questões captadas foram: 1) as CMC dos municípios estão interligadas com a CMC de Vitória da Conquista por meio de um sistema de informação específico para agendamentos entre elas; 2) apenas em Vitória da Conquista há um médico regulador na CMC que responde (via sistema *on line*) as questões que precisam de avaliação profissional; 3) há um sistema de informação específico para agendamento e regulação de consultas entre

os municípios e Salvador; 4) alguns municípios utilizam o SISREG III³⁶ para questões de marcação local, mas não é compatível com os demais sistemas de regulação (regional e estadual); 5) as USF, na sua maioria, não estão informatizadas, por isso as consultas são agendadas na CMC; 6) os técnicos-marcadores na CMC acumulam a função de aprazar as consultas conforme agenda liberada pelos prestadores locais ou via sistema eletrônico de marcação (prestadores externos) e, ainda, definem a ordem de marcação conforme descrição médica na guia de solicitação ou ordem cronológica do pedido, ou seja, possuem o poder discricionário/arbitrário na definição de prioridades sem terem formação específica; 7) As CMC fazem o rateamento das cotas locais e/ou pactuadas e encaminham às unidades para conhecimento e priorização pela equipe; 8) as unidades informatizadas conseguem agendar as consultas de acordo com suas cotas prévias, mas limitam-se ao agendamento dos serviços realizados no próprio município; 9) as unidades não informatizadas recolhem as guias de solicitação e remetem à CMC para marcação e posterior devolução aos usuários.

Poder discricionário do marcador, mesmo sem formação específica...

Depois que é feita essa triagem, aí o marcador agenda os exames [...], então ele encaminha para as unidades o exame marcado, coloca em cada pastinha e cada um [EqSF] pega o seu exame. Além disso, ele corre atrás da gente [coordenação da atenção básica] e fala: “olha tem tal exame que tem de marcar”. É o papel dele cobrar e falar: “olha tem o exame do seu fulano que a gente ligou para Salvador, mas não conseguiu marcar até hoje”. E fora isso, depende se tem alguma dúvida, se está fazendo algum exame, se não está, até para dar uma orientação para o próprio paciente. É ele que nos orienta, pois é quem marca, é ele que está dentro do sistema e é quem consegue nos dar essa informação (Ent.2, GM).

Marcadores priorizam a “urgência da urgência”...

Temos uma CMC com dois funcionários do quadro. [...] bem, eu oriento assim aos marcadores de lá: se eu tenho aqui 10 vagas para oncologia. Essas 10 vagas de oncologia são garantidas, porque é oncologia, mas dessas 10, tenho cinco solicitações de oncologia e tenho essas cinco com o resultado do anatomopatológico. Então, o sistema dá prioridade aos que estão com o diagnóstico confirmado. Os outros cinco ficam. Aí, eu tenho 15 consultas para pneumologista, mas só tenho duas vagas. Aí eu vou pegar pela ordem cronológica. Agora, se eu observar que o paciente teve uma tuberculose, teve outra lesão pneumo, aí a gente pega e bota na frente. Entendeu? Mas isso é a critério delas [das marcadoras]. Quem faz essa priorização são elas lá. Que não é para fazer não, mas... [...] Acho que no dia a dia, o conhecimento do dia a dia [elas conseguem priorizar]. Quando têm dúvidas sempre procuram o enfermeiro ou o médico para estar julgando ali. Na verdade, era para se ter uma comissão para implantar o sistema de controle e avaliação justamente para fazer essa triagem e decidir quem vai primeiro na vaga SUS (Ent.3, GM).

Priorizamos casos mais urgentes. Por exemplo, um paciente de HIV ou CA não pode esperar; é uma suspeita de abdômen agudo, também não, então existem prioridades que os próprios médicos já indicam. [...] nossa cota a gente dá por porcentagem [às USF]. A gente joga o percentual do valor que a central tem para cada posto de acordo com a necessidade e ao que atende mais famílias. Então, é distribuído por

³⁶ SISREG – Sistema Nacional de Regulação. Sistema *on-line*, criado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (Brasil, 2008).

porcentagem. E essa cota é lançada todo dia 20 de todo mês. O sistema que usamos é o SISREG, que é o sistema do estado, um sistema gratuito para o município, *online*, e que mantemos a informação entre os postos. Trabalhamos, também, com *Skype* para facilitar o nosso contato, porque qualquer dúvida que venha a ter ou algum suporte que precise de imediato o *Skype* está sempre aberto, a gente está sempre mantendo informado com as unidades. Então, são preestabelecidas algumas cotas: tomografia, laboratório, raios X, todas as especialidades. E quanto ultrapassa essa cota, que chega uma urgência é onde a central de regulação entra para poder liberar. Porque a gente sempre tem a reserva ou mesmo a gente pode utilizar a cota de outro posto que, ainda, não usou (Ent.6, GM).

Outra questão bastante intrigante no fluxo assistencial é o retorno do usuário ao especialista (atenção secundária) para revisão e/ou entrega de resultados de exames. Caso o atendimento tenha sido realizado no município de origem ou fora dele, o usuário poderá entregar a guia de solicitação de retorno na USF/UBS e esta se encarregará de agendar no sistema (unidades informatizadas) ou encaminhar à CMC (unidades não informatizadas ou para retornos fora do domicílio do usuário). Nesses casos, as unidades facilitam o acesso dos usuários, pois evitam o deslocamento das pessoas para uma simples marcação de consulta em outros pontos da rede, porém, as unidades informatizadas limitam-se ao agendamento para prestadores localizados no próprio domicílio, para os demais casos (agendamento fora do domicílio e exames de alto custo), ambas (informatizadas ou não) equivalem-se, uma vez que precisarão recolher as guias de solicitações e encaminhá-las às CMC locais.

Unidades informatizadas facilitam a marcação de consultas...

As unidades que já tiveram informatização, eles colocam que melhorou bastante, porque normalmente têm problemas em relação a essa questão dos exames ficarem todos centralizados na CMC. Então, às vezes, acontece que eles distribuem [na CMC] os marcadores por unidades de saúde, então, às vezes, tem problema com aquele marcador que saiu, foi demitido, e aí acaba demorando muito tempo aquela pasta ali para ter o agendamento na CMC. Com a marcação descentralizada para a unidade esses problemas são resolvidos e assim que a vaga está disponível, a unidade tem uma agilidade maior para conseguir marcar, sem contar que não corre o risco de extravio pelo “motoboy”. As equipes que já estão trabalhando nessa modalidade relatam essa facilidade (Ent.11, GM).

Eu só ouvia o comentário, que iam [usuários] 3h da manhã pra fila [da CMC] pra eles mesmos tentarem marcar. Hoje não, a gente dá o pedido, eles procuram a técnica que está na recepção, ela pede os documentos necessários e a unidade encaminha para CMC. O dela é o sistema de malote [unidade não informatizada]. Vai para a CMC, a CMC marca, devolve a marcação, o dia, hora e tal. E aí o ACS comunica a ele. “Já está lá tudo certinho, vai lá pegar que está marcado tal dia”. Quando essa marcação se faz dentro da unidade, então tem lá no sistema a vaga. Lá na recepção, alguém vai, abre aquele sistema, localiza a vaga e marca lá e ele já sai com a guia impressa. Inclusive, o sistema é nacional, é o SISREG 3 e a gente utiliza esse sistema para poder marcar e regular exames (GF-T3).

Uma diferença a favor da informatização das unidades encontra-se na possibilidade de maior envolvimento da equipe na regulação das necessidades e microgerenciamento das filas

de espera, todavia, a restrição no sistema de distribuição de cotas leva a uma “priorização entre as prioridades”, havendo sucessivos casos de alargamento nos tempos de espera para casos que seriam “menos urgentes” e que, com o tempo agravam-se por falta de assistência adequada em tempo oportuno e contribuem para descrédito dos usuários e da própria equipe na capacidade em resolver problemas, alimentando circuitos paralelos. Os relatos abaixo exploram alguns desses momentos,

Longo tempo de espera para exames especializados...

O doutor me pediu um ultrassom e eu não conseguia fazer esse ultrassom da mama. Porque, eu vim [na USF] várias vezes para marcar e o rapaz falava: “Hoje está fora do sistema, hoje não tem vaga, vem dia 20”. Eu vim três meses seguidos, mas todo dia 20 eu vinha e não conseguia, desisti. Aí, teve uma feira da saúde do hospital, eu vim e fiz a mamografia. No dia da feira de saúde no hospital, cheguei 3h e meia da manhã e já tinha gente na fila para poder fazer esse exame. Algumas pessoas foram na CMC pegar os pedidos que já tinham 2, 3, 4 meses que estavam lá para marcar e não conseguia. [...] foram lá [na CMC], retiraram e fizeram na feira da saúde no hospital (GF-U3).

“Via crucis” na busca por cuidados especializados...

[...] o estrangulamento de consultas é tanto para gente [EqSF], quanto para os especialistas. O especialista se sente mais frustrado no sentido do exame. Porque eles pedem o exame, pois eu tenho colegas que são proctologistas. O que você pede para um paciente que chega para o proctologista, salvo exceção colonoscopia. O paciente entra numa fila que não acaba mais no CEMAE. O cara me volta “três anos” depois. Se tiver um câncer de colo, já tem um câncer de colo, mas se for um divertículo, tá ferrado! Acontece de você [médico que dá plantão] encontrar o paciente depois no hospital, que nem chegou a fazer a colonoscopia. Não há tempo hábil para realizar os exames. O paciente que vai fazer até a cirurgia, aí faz alguns exames outros não, quando ele consegue fazer todos, aí já venceu os outros, ele vai ter que começar a “via crucis” de novo. [...] (GF-T4).

Com os registros de campo, também, captamos outras dinâmicas que agravam, ainda mais, a capacidade de coordenação das EqSF na rede. Por exemplo, há municípios cuja guia de solicitação de retorno é levada à CMC diretamente pelo usuário ou, ainda, serviços especializados que marcam diretamente as consultas de retorno (sem intermédio da CMC ou unidade de saúde). Em tais cenários, a organização é tão precária que os usuários precisam disputar a vaga para consulta com especialista ou exame especializado por ordem de chegada na CMC no dia de abertura da agenda (filas de marcação na porta da CMC) e, ainda, retornar a CMC periodicamente para saber se a solicitação foi aprazada. Esses casos reforçam a fragilidade das EqSF nas intermediações dos fluxos entre os níveis, transferindo para os usuários a responsabilidade por conectar os diferentes pontos da rede, desvinculando as equipes de APS do papel de coordenar o cuidado. Além disso, abre-se espaço para formas pessoais de lidar com os encaminhamentos e interferência para apadrinhamento de alguns,

Falta de interlocução entre CMC e EqSF...

Quem leva essa solicitação à CMC é o próprio usuário. Para ele ficar sabendo da vaga, o dia, o retorno no caso, ou ele pessoalmente vem aqui [CMC] sempre perguntando ou a CMC divulga nos meios de comunicação, no rádio. Os agendamentos, os procedimentos, consultas avisa com antecedência na rádio, tanto os da sede, quanto da zona rural. Avisa os que estão agendados para aquele dia. Anuncia o nome das pessoas na rádio: “fulano de tal, tal lugar e tal dia”. Não funciona 100% porque a rádio não alcança todas as áreas. [...] tem um problema no caso de utilizar meio de comunicação, utilizar rádio, porque o município é muito vasto. A minha microárea mesmo, a última microárea estaria a 51 quilômetros daqui, e a rádio não tem alcançado, então fica sem o *feedback*. E agora os marcadores têm aberto exceção, as meninas da CMC avisam por telefone, dentro da medida do possível têm atendido. O retorno eu [médico que, também atende na especialidade] na minha própria consulta [na especialidade] marco o retorno. Eu dou uma guia de solicitação para ele [usuário] com retorno ambulatorial. Eu solicito exame, ele tem que marcar outra consulta comigo, e eu dou uma guia do SUS que ele tem que fazer retorno com endocrinologia, aí volta. Um paciente que eu peço um TSH. O TSH colhe aqui [no município], vai para o laboratório demora 10 a 15 dias para ficar pronto. Eu coloco lá, retorno em 15 dias. Ele sai da minha consulta, vem aqui e já marca retorno para daí a 15 dias (GF-T2).

Clientelismo nas CMC...

A interferência política num município pequeno é bastante presente. Eu não vou dizer que não existe, pois existe. Às vezes, é um vereador que chega: “Ah! dá um jeitinho aí”. É claro que as meninas [CMC] vão ter que dar um jeitinho, porque você sabe que a interferência política atrapalha, acaba atrapalhando a questão do fluxo, mas infelizmente a gente tem que atender também (Ent.4, GM).

Usuário sem suporte na trajetória terapêutica: cuidado descoordenado...

[...] com certeza não é a atenção básica o coordenador do cuidado, isso, muitas vezes, está nas mãos do usuário que não deveria ser o responsável por buscar toda trajetória terapêutica no SUS, mas que sem nenhum tipo de informação ou suporte ele busca. Hoje, a realidade é essa, ele busca fazer o seu percurso no SUS. E é o que explica pessoas com condições muito semelhantes, algumas terem acesso e outras não. Algumas usam inclusive a sua busca, a sua indignação, o correr atrás e tem pessoas que não correm atrás. Algumas usam o conhecimento de alguma pessoa que tem influência no sistema para regular ou não regular. Infelizmente, identifico de forma muito equivocada, mas isso ainda se joga muito a responsabilidade no nosso usuário do sistema de saúde, e se responsabiliza ele mesmo por ter acesso e não ter acesso. E essa é uma prática que é reportada pelo dia a dia dos nossos profissionais, dos profissionais da atenção básica, dos hospitais, de muitos gestores. Essa, ainda, é uma prática que acontece e que é um desafio de mudar (Ent.16, GE).

Eu [usuário 1] sentia dor no estômago, sempre, sempre. Aí fui ao hospital, o médico falou para eu fazer ultrassom, eu fiz ultrassom deu pedra na vesícula, aí me encaminhou para fazer a cirurgia. Tinha pelo SUS, mas era muito demorado e o meu caso era grave, aí eu fiz a cirurgia pagando, e foi rápido, foi resolvido. Já eu [usuário 2] consegui que fosse pelo SUS, porque eu tenho um colega lá que é médico, trabalha no Hospital São Vicente, é cirurgião. E aí, através dele encaminhou e foi rápido, facilitou. Aí só fiz os exames. Ele encaminhou tudo lá com os colegas dele que trabalham lá. Foi o médico de lá, que fez a cirurgia e que pediu todos os exames. Só foi mesmo a cirurgia pelo SUS, agora os exames fiz particular (GF-U2).

Outra forma de contornar as grandes adversidades nos fluxos de acesso aos serviços especializados é a “garantia” de marcação direta, na CMC, dos retornos dos usuários portadores de doenças graves (câncer, por exemplo) e em tratamento contínuo (hemodiálise, quimioterapia etc.) e que, por isso, necessitam de consultas de retorno ou

exames/procedimentos frequentes, inconciliáveis com a rotina burocrática e os tempos de espera nos fluxos “normais”. De certa forma, todos os arranjos organizativos sem envolvimento das EqSF parecem legítimas num cenário de dificuldades na coordenação por equipes da APS na rede de atenção microrregional conforme vimos apontado nos capítulos anteriores, sendo assim, os gestores, profissionais e usuários tecem outros circuitos na tentativa de responder as suas necessidades mais imediatas por ações e serviços de saúde. Além disso, nos discursos de diferentes sujeitos em distintos grupos de representação da pesquisa, as justificativas para novos fluxos sustentam-se no dilema estabelecido entre seguir a normativa, podendo incorrer na piora e, até, óbito do usuário ou estabelecer contornos para tentar solucionar os casos mais prementes e estrangular, ainda mais, a rede assistencial ou mesmo, tomar o lugar de outro que não terá o mesmo privilégio.

Ou espera, ou tem que pagar...

Se o usuário precisar de um exame cardiológico e não conseguir, ele tem duas opções, ou espera a vaga aparecer, ou vai para Conquista, procura o “agenciador” que vai achar para ele [usuário] uma consulta barata para ele fazer. Se ele não tem condições, ou eu [gestor da saúde] tiro do meu próprio bolso como faço às vezes, ou entrego o dinheiro para ele fazer, ou eu vou até a prefeitura e peço dinheiro do serviço social para poder dar a ele para poder fazer a consulta (Ent.3, GM).

EqSF nem regulam, nem coordenam o cuidado...

Porque a gente chega até essa parte aí [solicitação de consulta]. Passou dessa parte já fica mais por conta da administração. Porque igual o enfermeiro falou, a gente não tem controle de quantos exames são marcados por ano, quantas consultas com o ginecologista, com o cardiologista, a gente não tem esse controle. São eles [CMC/SMS] que vão dar esse seguimento (GF-T1).

Priorizar na escassez: tentando evitar um mal maior...

[...] temos uma grande quantidade de pessoas precisando de vagas para a especialidade e existe uma restrição do número de vagas, mas entre essas pessoas, algumas precisam de mais ou estão mais tempo esperando na fila, então existe algum priorização. Por exemplo, um câncer. A gente sabe que o período de vida do paciente é... Então, a gente vê o relatório do médico e tenta encaminhar esse paciente o mais rápido possível. Então, a gente [SMS/CMC] usa mais o critério com relação às doenças. Tem doenças que não podem esperar, tem outras que a gente vê que o paciente está bem. [...] Então, paciente com câncer ou com alguma doença mais crítica a gente dá logo a prioridade (Ent.4, GM).

Entretanto, as iniciativas apresentadas, sutilmente, opacificam o problema do modelo de atenção à saúde na microrregião, porquanto marginalizam a ESF e não enfrentam os problemas fulcrais da rede (fragmentação dos serviços, APS em posição coadjuvante na gestão e competição entre os municípios), ao apresentarem soluções parciais e reativas, criando novos nós ou ajustando-os ao invés de desatá-los, intensifica-se as iniquidades no acesso. Outro aspecto preocupante é que alguns usuários com doenças graves acabam “perdendo” o contato e a confiança nas EqSF, vinculando-se aos demais pontos de atenção em

detrimento da responsabilidade dos profissionais em assegurarem a continuidade e coordenação do cuidado.

Perda de contato e descrédito com a EqSF...

Como sou paciente especial, dificilmente procuro o posto, como lhe falei, qualquer dificuldade não procuro o posto, vou diretamente a coordenadora da CMC. Então, por eu ser paciente de hemodiálise, as minhas coisas são para ontem, não são mais para amanhã, tenho prioridade. [...] tem gente que deixa no posto [a solicitação] fica 3, 4 meses... Uma pessoa que trabalhou comigo levou para o posto o pedido de exame, mas até hoje nem sabe que fim tomou, nunca marcou o exame e ficou por isso mesmo. Às vezes, avança o problema, às vezes o problema desaparece, porque sara e não obteve sequer um exame. Essa é a nossa realidade (GF-U3).

Cuidado fragmentado entre os pontos da rede...

Realmente não tem esse contato, esse diagnóstico estreito, essa relação estreita entre os profissionais da rede, nem quem está na atenção básica, nem na atenção especializada e nem nos demais serviços da média com os CAPS. Então, o paciente que vai para o CAPS, permanece no CAPS, às vezes, poderia ter tratado sua psicose, seu problema agudo daquele momento e voltado para a atenção básica e continuar. Então, a gente vê que as demandas estão sendo transferidos (Ent.7, GM).

Os principais provedores de serviços de média e alta densidade tecnológica na rede encontram-se na sede da microrregião. Em razão disso, todos os fluxos assistenciais migram para o município de Vitória da Conquista, incluindo os usuários de outras microrregiões da Macrorregião Sudoeste e, também, de fora desta. Ainda assim, os diferentes municípios, mediante o tipo de gestão dos serviços de saúde, também, ofertam um conjunto de especialidades (consultas, exames e procedimentos) em seus territórios, em pequenos centros de especialidades médicas, policlínicas e, até mesmo, por meio de médicos especialistas atendendo, esporadicamente, em pequenos ambulatórios isolados.

Entre eles, o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), na cidade sede da microrregião, é a maior e a mais diversificada unidade pública de saúde na prestação de serviços especializados ambulatoriais da microrregião. Funciona de segunda a sexta-feira, de 7h às 19h, sem intervalo para o almoço, ofertando consultas clínicas em diferentes especialidades, alguns exames e procedimentos, conforme relação a seguir: angiologia, anesthesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia pediátrica, coloproctologia, dermatologia, endocrinologia, eletrocardiograma (ECG), fonoaudiologia, gastroenterologia, gastroenterologia pediátrico, geriatria, hematologia, mastologia, nefrologia, neuropediatria, neurologia, neurocirurgia, nutricionista, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, pneumologia pediátrica, psiquiatra, reumatologia e urologia.

Para distribuição das vagas, o CEMAE e os demais prestadores (públicos e privados contratados), situados em Vitória da Conquista, remetem a agenda dos profissionais (por especialidade e a oferta de vagas para consultas, exames e procedimentos) à CMC para serem disponibilizadas entre as unidades de Vitória da Conquista e aos demais municípios pactuados. De maneira similar, os serviços especializados dispersos nos demais municípios disponibilizam suas agendas às CMC locais, e estas ficam encarregadas de cotizar as vagas entre suas unidades de saúde.

As CMC, por sua vez, por meio da regulação assistencial buscam otimizar a distribuição das vagas, elegendo quem e quando acessará o serviço requerido, mas por conta das inúmeras e profundas contingências na oferta para a maioria das especialidades médicas na microrregião, produz um efeito colateral que se manifesta no alargamento nos tempo de espera que comprometem a resolubilidade e continuidade do cuidado, interferindo diretamente nos processos terapêuticos dos usuários. Não obstante, essa função técnico-administrativa torna-se meramente burocrática em municípios cuja função regulatória é confundida com a simples marcação de consulta por ordem cronológica da solicitação e praticamente inócua, quando há necessidade de escolha entre situações em que todas são prioridades. Por sua vez, as CMC dividem as vagas mediante gerenciamento da escassez, sem concomitante suporte adequado de ferramentas de gestão da clínica como prontuários eletrônicos, protocolos clínicos, telessaúde e linhas de cuidado que permitam uma racionalidade nas escolhas e um mínimo envolvimento dos profissionais da rede. Por fim, o caráter autônomo dos centros de especialidades e a integração apenas formal entre os diferentes pontos de atenção na rede microrregional não logram forjar novos arranjos assistenciais com potência para novas dinâmicas no modo de organizar as práticas entre profissionais da APS e profissionais de outros níveis de atenção, tornando-os cúmplices e reféns de um modelo produtor de demandas e iniquidades.

Na mesma perspectiva, o CEMAE é uma unidade ambulatorial convencional, destacando-se por prestar atenção pública de atenção secundária, entretanto, tem características que não rompem o modelo de prestação de serviços médico-centrado, focado no procedimento e produtor de demandas. Os profissionais são prestadores de serviços, permanecendo no CEMAE conforme quantidade de consultas/procedimentos previamente acordado com o gestor local, agem como profissionais liberais, pouco envolvidos com a rede microrregional e gozam de amplo poder de barganha na organização do processo de trabalho conforme sua conveniência. Tais profissionais trabalham isolados, não havendo fluxos comunicacionais internamente entre as especialidades, nem tampouco comunicação entre

estes e os profissionais das UBS/USF. Assim, os usuários buscam os serviços de especialidades mediante alguma referência de profissional, geralmente médico de uma unidade de saúde, mas na consulta especializada não se conhece a história pregressa do usuário, ou este precisa repeti-la a cada novo encontro. Não há formação de vínculos posto que o agendamento, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade, sem garantia de retorno programado e com tempos de espera indefinidos, mesmo quando se trata de um conjunto de exames e procedimentos que precisam de articulação para um mesmo caso. Em razão disso, há sobreposição de trabalho entre as especialidades, redundâncias nas solicitações de consultas e exames, com frequente perda de informações, impedindo a continuidade do cuidado e protelando a resolução ou controle adequado de alguns agravos.

[...] temos aqui [CEMAE] uma miscelânea de profissionais. [...] cada um quer ter uma conduta, cada um quer colocar a sua norma, como ele trabalha na rede particular. A gente tenta normatizar dentro do que o SUS preconiza, mas até para não causar inimizade e evitar que esse profissional saía do SUS, a gente tenta entrar no consenso sobre a questão do tempo de tolerância para atender o paciente, a questão da documentação toda que precisa ser preenchida, porque no SUS há um grande número de impressos e isso acaba dificultando o profissional de querer ficar no serviço. [...] A rotatividade é grande, existe alguns profissionais que vêm para o SUS para fazer nome. Na maioria das vezes, a gente recebe o profissional cru, só sabe que existe o SUS e que a prefeitura tem o recurso pra pagar e que ele vai lá num dia da semana atender. No CEMAÉ o profissional aprende, além disso, Vitória da Conquista tem 92 municípios pactuados. Então, recebe muitos pacientes e o boca a boca acaba servindo de *marketing* profissional [...] (Ent.8, GM).

Por essas características, também, comuns às demais unidades de prestação de serviços especializados (em alguns casos até mais comprometedoras), não se configuram como pontos da rede adequados para prestação de cuidados aos portadores de condições crônicas. Além disso, os profissionais trabalham no esquema de concentração das consultas/procedimentos no menor tempo possível, têm outros vínculos empregatícios (públicos ou privados), às vezes, no mesmo turno, depreciando o serviço público em contraposição ao privado, com processos de trabalho que inviabilizam a construção de uma condução clínica atenta e estando sempre com “muita demanda” de trabalho no turno disponibilizado. Em campo, registramos em dois municípios distintos profissionais médicos que atuavam como médico de família em USF e em unidades ambulatoriais exercendo outra especialidade, todavia, essas atividades eram exercidas num mesmo turno (em locais distintos) e um deles declarou que, por conta da sobrecarga, não conseguia fazer bem, nem uma coisa nem outra. Os recortes, a seguir, sintetizam essa característica,

Trabalhar no SUS é “queimar o filme”...

Por exemplo, o meu colega vem aqui toda segunda-feira para fazer ultrassonografia para a prefeitura. A prefeitura paga vinte e poucos reais na ultrassom. Então, ele faz 50 numa manhã, toda segunda, para a prefeitura. E na minha clínica, faço 15 pela manhã na segunda. A qualidade do atendimento é outra coisa, é outro nível. E eu ganho a mesma coisa. Atendo só 15 pacientes, posso prestar um serviço muito melhor para esses 15 pacientes. Não corro o risco de me equivocar no meu lado. Ou seja, o meu lado sai com uma consistência melhor e financeiramente acaba sendo melhor para mim. Então, não é o fato de trabalhar menos é o fato de prestar um serviço melhor, porque você tem uma manhã para atender 15 e um colega tem uma manhã para atender 50; a diferença no serviço é imensa. E isso é melhor que você se desgasta menos. E outra coisa, também, é que quando você presta serviço, principalmente de imagem para a prefeitura, você tem uma tendência a... No nosso meio, nós chamamos de queimar o nome. Queimar o nome é justamente por isso, porque você começa a fazer seu trabalho muito rápido, as pessoas começam a dizer: “Aquele doutor atende rápido”. Por exemplo, na região, eu atendo mais quatro cidades. Só na minha área de ultrassonografia (GF-T3).

Especialistas condensam o atendimento em detrimento da qualidade...

Está todo mundo sobrecarregado, os especialistas, também, estão sobrecarregados, aí vira um bola de neve. Aí, é o especialista que marca e chega e quer atender 20 pacientes em uma hora. Não vai dar tempo de escrever mesmo [contrarreferência]. Eles brigam porque querem um papel onde se marca um X [pra não ter que preencher nada]. Aí é complicado (GF-T4).

Para além de todos esses problemas, chama-nos atenção a organização do processo de trabalho e a qualidade da atenção prestada nos encontros entre profissionais e usuários do serviço da atenção especializada. Nesse sentido, o usuário depara-se com profissionais que, mesmo tecnicamente competentes, têm uma formação e uma perspectiva profissional, muitas vezes, incompatível com a que se espera de um trabalhador da saúde. Aliam-se a isso, a assimetria de informação entre profissional e usuário, as expectativas desse último em ter seu problema resolvido/esclarecido e a vulnerabilidade de muitos usuários (condições socioeconômicas e/ou tipo de adoecimento) que requerem olhar atento e prática cuidadora, independentemente do nível assistencial no qual é assistido, ou seja, requisitos inconciliáveis com profissionais centrados no procedimento e com abordagem clínica fragmentada. Alguns relatos destacam a insatisfação dos usuários frente aos atrasos e longos períodos de espera, consultas rápidas e despersonalizadas,

Consulta despersonalizada e frustração do usuário com o (des)cuidado...

Lembro que uma vez que fui para uma dermatologista, eu cheguei lá [CEMAE] 7h da manhã quando ela veio chegar às 10h da manhã para começar a consulta, aquilo atrasou. Outra médica, também, que eu trato lá, estou achando ela ótima, mas ela tem outros consultórios e chega tarde lá. A gente chega lá meio dia, ela só chega 3h para atender, quando começa. Então, lá tem médico que atrasa muito. [...] a dermatologista, eu fiquei chateada porque ela mal olhou, assim, e falou: “Isso aqui não tem jeito não, você não pode tomar sol”. Olha, eu fiquei tão chateada. Eu pensei: “Meu Deus, cheguei aqui 7 horas da manhã”. Quando fui atendida era meio dia, para ela olhar para mim e dizer que: “Isso aqui é que a senhora tomou muito sol e eu não posso fazer nada e não vou passar nada” (GF-U4).

Clínica autoritária e desatenta...

Tenho pacientes que chegam e dizem assim: “Doutora, não me mande mais para aquele médico porque eu não vou, porque ele nem olhou para minha cara”. Muitas pessoas dizem isso. Ou então: “Me tratou mal”, ou reclamou da referência que foi enviada. “Não sei para que essa médica mandou você para cá, não sei porquê”. Então, tem essas coisas. Ou, então, principalmente quando é a enfermeira [que encaminha], aí que a gente escuta mesmo. Usuários dizem assim mesmo: “Oh, não me manda mais não que eu não vou”. [...] Mas é complicado você analisar o serviço do outro, o que eu percebo é assim, o especialista não se sente motivado em resolver, muitas vezes, o problema daquele paciente que vai lá, porque a gente, como generalista, resolve na cega [...]. Eu tenho paciente que está na cama por uma síndrome necrótica que eu não consigo internar, que eu não consigo resolver, que eu não consigo nefrologista... E aí, consegui marcar a nefrologista e ela falou: “É assim mesmo, você vai morrer assim”. Eu falei: “Gente, eu já vi gente salvar com isso, o cara vai morrer assim?” (GF-T4).

Os registros de campo mostraram que os pontos de média densidade tecnológica, na microrregião, foram forjados numa lógica produtivista e de prestação de serviços, sem articulação com as políticas de APS e sem um direcionamento na perspectiva de rede integrada, configurando-se como uma “colcha de retalhos”. Por um lado, o subfinanciamento do sistema, a defasagem da tabela SUS e a dificuldade de contratação de médicos para algumas especialidades, forçam o contingenciamento do acesso às poucas vagas distribuídas segundo a programação pactuada entre os municípios. Por outro, o próprio arcabouço organizativo de prestação de serviços de maneira fragmentada e excessivamente hierarquizada não aponta uma saída para a situação, bem como, aparenta ser, em certo sentido, retroalimentador das dificuldades que se tenta superar. Os excertos do gestor e do grupo de profissionais sintetizam essa constatação,

Clínica centrada no procedimento e rede com insuficiência na oferta: usuário desassistido...

O paciente da USF dele precisa ir à cardiologia porque tem uma arritmia cardíaca, pois aí, o médico do PSF não resolve. Ele conversou com o paciente e diz: “Olha, consulta com o cardiologista”. Esse paciente vai para a CMC do meu município onde existe um sistema interligado com a CMC de Conquista, onde tem distribuído a minha quantidade de vagas. Consulta com o cardiologista no CEMAE, a gente marca e o paciente vai. Aí o cardiologista examina, não de forma adequada, porque é “SUSão”, infelizmente, e solicita um monte de exames de forma aleatória. Aí, o paciente volta para o município para marcar os exames que o cardiologista pediu. O médico pede o MAPA, raios X de tórax e eletrocardiograma. O eletrocardiograma e raios X a gente faz no município, o MAPA já não faz no município. Bem, aí ele faz o eletro e raios X, mas só vai fazer o MAPA daqui a três meses. O paciente volta no retorno com o cardiologista para mostrar só raios X e o eletro, mas o médico quer ver o MAPA. Então, fica mais 2, 3, meses esperando o MAPA para voltar a 3ª vez, aí já com outra vaga. Aí, pra marcar não tem mais vaga esse mês, só tem vaga para o mês subsequente. Mas no mês subsequente, não posso marcar para ele, porque chegaram dois outros com obstrução de uma artéria tal, aí, eu tenho que dar preferência a esse e ele fica para o mês subsequente. Aí demora de 3, 4 meses essa viagem do paciente (Ent.3, GM).

Falta coordenação e continuidade no cuidado...

Quando o paciente passa para o cardiologista, vai para o CEMAE. Faz sua consulta, muitas vezes, não tem nada, então, continua no posto. Mas quando tem uma complicação, ele volta do CEMAE para ser reencaminhado ao CEMAE através da minha unidade. Aí aquele funil, afunila ainda mais quando vai retornar. E, muitas vezes, são pacientes muito graves e que realmente não me sinto à vontade de acompanhá-lo. Eu não tenho respaldo nenhum do cardiologista. Eu não me sinto à vontade de ligar para um cardiologista para saber daquele paciente, porque sei que ele é ocupado e que está atendendo aquele montão lá. Só que no meu entender, acho que o retorno do paciente do CEMAE tinha que ser agendado no CEMAE. [...] duas semanas atrás, um paciente fez ponte de safena. [...] levou um tempo precioso, porque não dependia de mim, e quando acontece isso do paciente ficar nessa coisa do retorno especializado, aí que complica, porque fica parecendo que somos nós que não queremos mandar de volta, quando é a demanda reprimida lá que não deixa ele voltar. O retorno da endocrinologia, também, é uma tragédia (GF-T4).

Os centros de especialidades estão organizados sob a égide do modelo biomédico em detrimento do modelo da produção do cuidado em saúde, ou seja, os fluxos e contrafluxos na rede são ordenados pela oferta, com desarticulação entre os diferentes pontos da rede, função meramente assistencial e hierarquizada, fortemente direcionados pelos prestadores de serviços e, por isso, sujeito a manipulações e pressões de todas as ordens. Na microrregião, tal condição agrava-se pela fragilidade (ou ausência) dos instrumentos de continuidade do cuidado entre os níveis de atenção e, por conseguinte, conformam-se em espaços refratários à coordenação via EqSF.

Essa situação está, inapelavelmente, associada à governança microrregional (Capítulo III) que não pauta na agenda política o debate acerca do modelo de atenção que se deseja engendrar para a rede, nem tampouco acerca da micropolítica do trabalho em saúde e o uso das tecnologias (relacionais e materiais) necessárias para produção do cuidado, ficando, a maior parte do tempo, contornando os problemas ou culpando a escassez de recursos financeiros, de profissionais etc., ainda que esses, também, sejam questões graves e sempre imediatas.

5.3 “Instrumentos para continuidade do cuidado” e “Identificação de usuários”

5.3.1 Informação assistencial a cargo do usuário, comunicação incipiente entre profissionais de diferentes pontos e subutilização de protocolos clínicos na rede

Os diferentes pontos de atenção secundária e o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico atuam de forma fragmentada, quase autônoma, na rede microrregional, com fluxos

comunicacionais deficientes entre si ou mesmo com ausência informacional entre os profissionais e/ou serviços de atenção primária.

Nesse sentido, quando o usuário consegue finalmente a autorização para consulta/exame e adentra um dos pontos de atenção secundária ou sistema de apoio na microrregião, depara-se com um obsoleto sistema de identificação e armazenamento de informação clínica. Nesses espaços de produção de serviços, há um rompimento na continuidade informacional, pois os especialistas trabalham com prontuários clínicos individuais, sem conexão com as informações coletadas por outros profissionais em distintos momentos e pontos da rede. Tal evidência é comum aos diferentes serviços na rede, mas ganha contornos dramáticos no maior centro de especialidade da microrregião, uma vez que, os prontuários são impressos, preenchidos manualmente e armazenados em uma sala (sem acondicionamento adequado, muitas vezes, soltos por falta de envelope). Em 2011, existiam mais de 300 mil prontuários armazenados precariamente, resultado do grande fluxo de usuários (oriundos de toda macrorregião Sudoeste), multiplicidade de registros e de prontuários para um mesmo usuário, prontuários de pessoas que não fazem mais uso do serviço (óbito, por exemplo), registros clínicos manuscritos com caligrafia (de diferentes profissionais) nem sempre compreensível, prontuários não acessíveis à distância por outros pontos da rede (comprometendo o compartilhamento de dados) e que precisam ser localizados pelos recepcionistas, em salas empoeiradas, cada vez que os usuários acessam o serviço. Essa precária disposição dos prontuários clínicos compromete e inviabiliza a continuidade do cuidado, mesmo para os profissionais mais engajados e que desenvolvem processos clínicos mais comprometidos, com empobrecimento das informações, retrabalho e perda de informações essenciais para reavaliações dos casos pelos especialistas e, mesmo, por pesquisadores.

Sistema de informação clínica precário...

Esse talvez seja o maior problema do CEMAE hoje. Nós temos quase 315 mil prontuários, acho que mais ou menos isso. [...] os prontuários são numéricos. Quando o paciente chega ao CEMAE é dado a ele uma etiqueta com o número do prontuário, colada na identidade e um cartão com o número do prontuário. [...] o paciente joga fora e se ele jogar fora [ou perder] fica impossível encontrar o prontuário. Temos pacientes com até oito prontuários. Tem paciente que diz que nunca passou aqui, mas que tem prontuário com 30 páginas. Então, tem um problema organizacional extremamente sério no serviço, que só há como encontrar com o número. Hoje, estamos tentando mudar essa realidade, já estamos com cadastro informatizado. Em contrapartida, tem a situação dos profissionais médicos entregarem o prontuário na mão do paciente e depois dizer que fomos nós que sumimos com o prontuário. Não fazer a anotação da anamnese devida. São anamnese pequeníssimas. [...] tem alguns estudos da universidade federal inclusive com toxicidade medicamentosa que a gente não vai conseguir dar continuidade, porque os profissionais não realizam as anotações da maneira devida (Ent.8, GM).

A questão acima, por si, afeta todas as demais tentativas de integração comunicacional e comprometem os fluxos e contrafluxos na rede. Por essa óptica, a relação entre profissionais das USF e especialistas ou inexistente ou faz-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto, por meio de precário fluxo burocrático de preenchimento de impressos, restrito, na maioria das vezes, a alguns centros de especialidades e/ou dependentes da disposição individual de cada profissional. Na realidade, o problema mais comum é a ausência de, pelo menos, um relatório descritivo (ainda que sintético e manuscrito) sobre a situação clínica do usuário. Os gestores entrevistados denunciam uma total desinformação entre os profissionais e entre os serviços, ocasionando equívocos no agendamento de consultas, expondo os usuários a situações de constrangimento e agravamento do quadro clínico,

Cada um por si...

Eu, ainda, vejo que o responsável por trazer as informações é o usuário. A gente tem casos de pacientes que vão para Salvador, ao serviço de oncologia, apesar de a gente conseguir marcar bem em Salvador, no Hospital Aristides Maltez [hospital público de referência em câncer]. Eles vão e voltam, mas quem traz a informação é o paciente. A gente não tem uma contrarreferência do serviço não. Para acompanhar a trajetória dele só via prontuário da USF mesmo. Se ele comparecer regularmente àquela unidade (Ent.2, GM).

Contrarreferência restrita e isolada...

Serviços especializados de referência como centro de referência para DST/AIDS, para tuberculose e hanseníase, Hospital Esaú Matos [hospital público municipal], são grandes referências e dão a contrarreferência. Mas o serviço do CEMAE que é o serviço médico de atenção especializada poucos profissionais, é isolada a contrarreferência. Mesmo saindo daqui com a solicitação de referência. Então, é uma discussão que precisa ser incorporada à política regional (Ent.5, GM).

“Paciente não sabe porque veio, para que veio e o que está fazendo aqui”...

O que acontece no município é uma contrarreferência e referência informal, através de bilhetinhos, telefonemas, um acesso de um colega que tem uma possibilidade maior para poder reencaminhar esse paciente. [...] Na maioria das vezes, quando o médico vai conversar com o paciente, o paciente não sabe porque veio, para que veio e o que está fazendo aqui, ou acontece coisas, assim, esdrúxulas. Por exemplo, paciente vem para o gastro, acha que vai fazer endoscopia, então vem com jejum de 12 a 14 horas. O médico só vai atender à tarde, esse paciente tem uma crise de hipoglicemia aqui, a gente tem que alimentá-lo, às vezes, não aceita ser alimentado porque acha que vai fazer endoscopia. Ou o paciente vem com uma queixa de cefaleia e é marcado para o urologista. Acontece demais isso, pois referência e contrarreferência de fato não existem regulamentadas [...] de fato, às vezes, a consulta fica prejudicada, ineficaz pela condição social do paciente que não sabe o que tem e pela referência e contrarreferência que não fez (Ent.8, GM).

Comunicação interprofissional confundida, por médicos, com burocracia...

A gente já tem implantado aqui no município uma ficha de referência e contrarreferência da atenção básica para atenção especializada que é uma folhinha tipo essa que de um lado é o lado de referência que a unidade básica vai preencher todos os dados do paciente, motivos do encaminhamento, suspeita de diagnóstico, e no verso da folha é para o profissional da atenção básica que atendeu aquele paciente colocar as informações ali, mas temos muita dificuldade em relação à

adesão dos profissionais ao preenchimento. Aliás, os profissionais reclamam demais, os profissionais do PSF acham uma sobrecarga muito grande, muito papel para preencher, que é um trabalho muito burocrático, que eles gastam muito tempo preenchendo papel. Mas temos dificuldade não só da atenção básica como da atenção especializada. Então, os médicos da atenção básica, por sua vez, queixam-se também, os que preenchem, que encaminham e a atenção especializada não dá retorno nenhum do que foi feito (Ent.11, GM).

A proposta tradicional de referência e contrarreferência é insuficiente para organização de redes de atenção à saúde com continuidade do cuidado e coordenação das EqSF, particularmente para usuários em condições crônicas que exigem acompanhamento ao longo do tempo por diferentes profissionais (Mendes, 2011; Magalhães Júnior e Oliveira, 2006; Campos e Domitti, 2007). No entanto, num cenário de incipiente disponibilidade de recursos tecnológicos de informação nos serviços de saúde, a proposta, mesmo conservadora e burocrática, poderia ser um suporte clínico, contudo, não encontra adesão no processo de trabalho na microrregião, ficando sempre marginal, ainda que permaneça pairando em documentos e na retórica gerencial. Em virtude da desinformação clínica e, paradoxalmente, da necessidade dessa informação, os profissionais buscam no usuário a memorização de sua história clínica e consultas progressas a cada novo encontro para desfecho de um diagnóstico ou para traçar um projeto terapêutico. Os fragmentos, abaixo, reportam tais situações,

Ausência de comunicação entre profissionais de diferentes pontos da rede...

Não existe mecanismo de contato direto com o especialista para conversar e decidir um caso ou tirar uma dúvida. Esse diálogo entre os profissionais praticamente nunca aconteceu comigo. Aconteceu comigo, em outro PSF, do paciente muito grave e a gente, às vezes, precisar de uma explicação melhor com o profissional, porque não trouxe a contrarreferência, precisou d'eu pegar o contato e correr atrás e ligar para o profissional para ele me explicar mais ou menos o caso do paciente. Pouquíssimas vezes, também, que eu precisei realmente saber do que se tratava ali, porque veio o retorno que julguei pouco conclusivo para eu tomar minha decisão médica. Mas, assim, praticamente não existe esse elo de comunicação, esse contato não (GF-T1).

Processo terapêutico fragmentado e pouco resolutivo...

Não é fácil também fazer a contrarreferência no serviço, com a sobrecarga que eu acho que todo mundo é sobrecarregado, mas é uma coisa, também, que é um gargalo, porque não funciona. Porque se um médico do PSF encaminha uma pessoa para a especialidade e não volta a contrarreferência, normalmente o paciente não sabe dizer o que ele fez lá. “O que foi que o médico lhe disse minha filha?”, “Ah, não sei lhe dizer não”, ou então: “Ah, ele passou um remédio”, “Que remédio foi?”. Não sabe lhe dizer, ou seja, volta do mesmo jeito para você. Então é uma coisa que não é resolutive, sem a questão da contrarreferência. Às vezes, até o profissional resolveu o problema, mas você de cá não sabe qual foi a conduta que ele tomou, ou se vai precisar ter um retorno, ou se precisa ter um cuidado diferente. [...] eu acho que enquanto não existir essa referência e contrarreferência, uma coisa bem estruturada, ainda, fica uma coisa meio solta. [...] Tem profissionais que quando a gente encaminha a referência, pega o papel, lê e rasga, ou então nem lê. Só vê o papel com a referência, mas não chega e observa o que a gente botou, qual foi a história realmente, porque a gente está encaminhando. Não, rasga! [...]. Só existe [contrarreferência] do pré-natal de alto risco (GF-T4).

Essa condução explicita uma rede fracionada, pouco resolutive e, em certa medida, que não consegue desobstruir as agendas, pois congestionam os fluxos e contrafluxos em todas as direções e, em consequência, reverbera na crônica insuficiência de vagas, no mau uso do recurso público e na insatisfação de gestores, profissionais e usuários.

Outro ponto fulcral na organização da rede microrregional assenta-se na condução clínica dos profissionais para a produção do cuidado, suas motivações e parâmetros para os encaminhamentos de usuários para consultas com especialistas e/ou a solicitação de exames/procedimentos complementares. Uma característica intrínseca do processo de trabalho em saúde é o grau de autonomia dos profissionais no momento da ação clínica, podendo, por isso, adquirir formatos tão diversos que só podem ser parcialmente capturados pelas normas e instrumentos para gestão da clínica (Merhy, 2002). É nessa perspectiva que referência e contrarreferência, prontuários e protocolos clínicos, mesmo quando existem não garantem melhoria na produção do cuidado, ainda que, possam servir como balizador de conduções clínicas, racionalizador de recursos e/ou reestruturador da produção do cuidado (Merhy e Franco, 2009). Tal contraponto é importante para compreensão da insuficiência dos instrumentos gerenciais para melhoria do cuidado em saúde, mas na microrregião, a sua inexistência e/ou incipiência parecem tornar os processos de trabalho e a organização dos serviços, ainda mais caóticos.

Na microrregião, a escassez na oferta de vagas, bem como, a necessidade de uso adequado de recursos tecnológicos em todos os pontos da rede atestam para a regulação do acesso, particularmente por meio de protocolos clínicos bem definidos e que deem suporte aos profissionais, sobretudo, da APS. Todavia, não podemos deixar de salientar que a formação não específica da maioria dos médicos para trabalhar na ESF, a ausência de diálogo entre os especialistas e os profissionais da APS, o modo de produção do cuidado procedimento-dependente e uma clínica degradada, tornam o protocolo clínico inerte ou com pouca capacidade de fortalecer as decisões no cotidiano das práticas. Nesse sentido, os discursos revelam forte resiliência dos trabalhadores na utilização de normas clínicas, justificados pela autonomia do ato médico e/ou insegurança na condução terapêutica,

Médico refratário aos instrumentos de orientação clínica...

Eu tenho sério problema com o neurologista. Porque, apesar de ter um protocolo, muitas vezes, ele já vem, já pede logo um eletroencefalograma, uma tomografia, uma ressonância. Eu falo: “Doutor, primeiro o eletroencefalograma, depois os outros”. Aí ele: “Mas quem estudou fui eu, não foi você?”. “Foi você doutor, mas do SUS eu entendo bem e o protocolo é esse aqui”. [...] (Ent.5, GM).

Insuficiência de critérios de encaminhamento para outros pontos...

Dentro da medicina não seguimos um protocolo específico. Nós trabalhamos naquela área de atuação do PSF e a gente fica com o paciente de acordo com a experiência pessoal de cada um. A gente vai até onde a gente pode ir, a partir disso a gente encaminha para o especialista. Aqui, por ser um município pequeno todos os médicos se conhecem. Todo mundo conhece todos os especialistas e acaba que tem um *link* melhor. Aí fica fácil encaminhar. Mas dentro do PSF a gente vai até onde conseguimos ir, não existe um protocolo específico que: A partir daqui não é mais o PSF. Não, a gente vai até de acordo com a experiência prática de cada um (GF-T2).

Protocolos confundidos ou usados como mecanismos de restrição da oferta...

Você recebe uma orientação assim que por conta da restrição de vagas de repente você tem que ficar centrado em pedir só o necessário. Mas isso aí não interfere não. Eu continuo igual, solicito o que tem que ser solicitado e para mim isso aqui é como se não existisse. Porque na verdade isso aqui [protocolo] é dessa secretaria, mas todos todas fazem isso. Os planos de saúde fazem isso também, não assim escrito que eles não são bobos, não é? Mas, por exemplo, quando eu fazia plantão você solicita uma tomografia aí um colega te liga: “Ah será que realmente precisava?” Sabe aquela pressãozinha e tal? Todos eles fazem esse tipo de pressão. Ou seja: “Vamos limitar, vamos limitar os exames e tal e tal”. Isso aí é normal, isso aí não interfere não. Na maioria dos médicos não interfere para nenhum deles não (GF-T3).

Insegurança médica no uso de protocolos clínicos...

[...] por mais que eu saiba que um bloqueio de ramo esquerdo não vai está causando aquilo ali, eu posso me sentir insegura porque eu sou clínica, então, quero a avaliação de um cardiologista. [...] Então assim, na questão da gente ter um protocolo para conduzir um caso clínico é muito complicado, ainda que existisse, eu vou lhe falar com sinceridade. Eu vou lhe dar só um exemplo. Existe protocolo para preventivo, se o preventivo dá NIC 1 ou NIC 2, existe um protocolo. Ainda assim, me questiono em relação aos protocolos. Existe protocolo para sulfato ferroso para tudo que é grávida, o que eu também me questiono. Então assim, mesmo que exista um protocolo, você tem autonomia para não querer seguir. [...] porque existe um questionamento de que o médico clínico poderia ter resolvido a partir de um protocolo, mas vale a pena eu me arriscar numa coisa que eu não me sinto segura só porque é um protocolo? Eu estou arriscando a vida de alguém. Eu já vi gente que seguiu o protocolo que não deu certo, e já vi milhares também que seguiram o protocolo... Protocolo foi feito para dar certo ou não, não é? Então assim, essa questão do protocolo é uma coisa muito relativa. Eu particularmente não gosto de protocolos, gosto, assim, de você ter bom senso e ter uma liberdade para clinicar, se eu não me sentir segura com o resultado de um preventivo, eu vou encaminhar para um especialista, isso é inevitável (GF-T4).

A utilização de protocolos requer uma rede integrada, com fluxos comunicacionais eficientes para que não sirvam apenas como meio de racionalização de procedimentos mediante cotas disponíveis. Alguns profissionais e gestores parecem compreender o protocolo como sinônimo de restrição de acesso, como na lógica das prestadoras privadas de seguro saúde. A perspectiva é que o protocolo clínico aumente a resolubilidade no modo de produção do cuidado e seja uma ferramenta de interação entre diferentes profissionais de distintos pontos da rede, por meio de interconsulta, telessaúde e/ou apoio matricial (Mendes, 2011, Campos e Domitti, 2007). Na microrregião, nos deparamos com atitudes médicas que demandam parâmetros para, também, respaldá-los, particularmente diante das pressões dos usuários e libertá-los da idealização mercadológica de que prevenção e boa clínica são

sinônimos de solicitação de exames e *check up* periódicos. Os trechos adiante reportam essas situações,

Clínica procedimento-centrada...

Existe, também, em todas as áreas da saúde certa proteção da sua prática e um exame é pedido para que você não seja depois acusado de não ter sabido antes de uma coisa que poderia ter acontecido. Na verdade é assim, isso é muito colocado, é muito cômodo falar isso também porque é mais fácil pedir todos os exames e dizer “Eu estou me cobrindo”, do que colher uma história [clínica] que demanda mais tempo de conversa, explicar que não precisa de ressonância para aquilo ali. É essa coisa, é trabalho, então ele não quer muito conversar não, sabe? É a coisa mesmo do pedir e, também, ele está com pressa, tem outro emprego (G9, GM).

Proteção do profissional como critério para solicitação de exames complementares...

Vou te mostrar uma circular de 11/04/2011, a coordenação de saúde pedindo para a gente não solicitar exame, segurar porque o município está... E eu sempre tenho conversado com o pessoal da coordenação que a minha função é solicitar aquilo que julgo ser correto para o paciente. Agora assim, se a prefeitura pode dar isso gratuitamente para o paciente é outra história. Se não, o paciente vai buscar com recursos próprios e tal. Isso aí, eu estava discutindo com eles essa questão da mamografia. Porque nós recebemos uma nota do CRM dizendo que se uma paciente descobrir que tem um câncer de mama com 50 anos, um exemplo, e ela nunca fez uma mamografia, ela pode ir até ao posto que a atendia, e pedir o prontuário dela. Todos os médicos e enfermeiros que estiveram com ela nos últimos 10 anos. Ela pode processar todos eles, porque não foi feito [o exame]. Só que, por outro lado, se solicito uma mamografia para todas as pacientes aqui, eu sou demitido na semana seguinte. Mas prefiro solicitar. Essa coisa da solicitação do exame é bem complicada para o profissional, porque na verdade a gente acaba tendo problemas com o gestor público e acaba tendo problema, também, com o paciente. Porque se você deixa de solicitar e o colega depois solicita e descobre algo que você deveria ter descoberto há uns meses, aí é um problema para você (GF-T3).

Encaminhamentos desnecessários e passíveis de acompanhamento na APS...

Dentro desse grupo de trabalho [para criação de protocolos clínicos] formado a maioria é médico, tem os médicos especialistas e os médicos da atenção básica. Já fizeram o de hipertensão, de diabéticos, e a gente vai tentar resolver e ser o mais resolutivo possível na ponta, porque os especialistas, de certa forma, reclamam que inverte a lógica, a atenção básica deveria atender e resolver 85% e encaminhar 15%. Mas eles estão encaminhando 85% e resolvendo 15%. Então, tem essa disputa, principalmente cardiologista que diz que recebe para hipertensão severa, mas quando o paciente chega ao cardiologista o sintoma é classe terapêutica. Então é por insegurança? Então porque não discute o caso ao invés de mandar o paciente? A gente quer criar essa linha de discussão de caso, de aproximação da rede, criar uma rede (Ent.7, GM).

Critério de solicitação: a pedido do usuário...

[...] tem paciente que chega na consulta já com a lista: “doutor, eu quero fazer um *check up*, eu quero fazer isso, isso e isso”. E o médico, às vezes, até para não perder tempo para explicar ao paciente que não precisa, é muito mais fácil chegar, preencher e entregar e o paciente vai sair satisfeito (Ent.11, GM).

5.4 “Sistema de transporte sanitaria”

5.4.1 Serviço público regular de transporte entre os municípios, mas com dificuldades na organização para contemplar a diversidade de necessidades e trajetórias dos usuários na rede

A organização de um sistema público universal, com base territorial e com diferentes pontos da rede dispersos numa região de saúde, requer um sistema logístico de transporte de pessoas usuárias dos serviços em tempo oportuno, com eficiência, conforto e qualidade (Mendes, 2011).

As características apresentadas coincidem com o desenho territorial do SUS na microrregião de Vitória da Conquista, na qual usuários de dezenove diferentes cidades necessitam de deslocamento para cuidados eletivos programáveis (eventuais e rotineiros) ou por urgência-emergência entre as cidades, essencialmente para a sede da microrregião, ou, ainda, para outro destino intraestadual, com destaque para a capital, e, até mesmo, para outros estados.

Nessa direção, a cidade de Vitória da Conquista por agregar a maioria dos serviços de média e alta densidade tecnológica é a referência microrregional e, portanto, a principal rota viária estabelecida entre os municípios para oferta de serviços via programação pactuada e integrada, além de estar, em seu território, o único aeroporto regional nas proximidades, a sede do SAMU regional, o complexo regulador regional, o maior hospital público da região e uma vasta rede privada contratada de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, as secretarias municipais de saúde da microrregião, em relação ao transporte sanitário para cuidados eletivos, pré-agendados e não urgentes, para usuários em condição de saúde compatível com deslocamento por veículo comum, disponibilizam algum tipo de transporte para seus munícipes (paciente e acompanhante), para garantir o acesso regulado aos diferentes pontos da rede assistencial fora do território de domicílio. Alguns gestores ofertam vagas em transporte diariamente, outros em dias específicos (condensam os diferentes agendamentos para um mesmo dia da semana) e, outros, revelam que, por conta da grande demanda, não conseguem atender a todas as solicitações para os casos eletivos, por isso, tentam estabelecer alguma prioridade por distinção socioeconômica do usuário (equidade) e, na indisponibilidade de veículo próprio, alugam ou, ainda, proveem alguma

ajuda de custo para aquisição de passagens. As falas, a seguir, ilustram algumas estratégias dos gestores,

Garantia de transporte diário para cuidados eletivos...

[...] a Secretaria de Saúde tem o transporte que desloca [usuários] a semana toda para Vitória da Conquista. Então, quando marcamos o exame, já garantimos o transporte. Não é só o exame. É, por isso, que temos que ter sempre esse cuidado na regulação. Quando o exame sai daqui marcado, já sai garantido o transporte para ele [usuário], isso, nós garantimos via município (Ent.1, GM).

Transporte para cuidado eletivos concentrado num único dia...

Ele [usuário] sabe que toda terça-feira, eu tenho um ônibus. Esse ônibus é para levar o pessoal da rede SUS, mas se sobra vaga não tem porque eu dizer: “Não, o paciente não pode ir”. [...] Então, tem 20 consultas, 20 assentos assegurados para os pacientes que vão para o CEMAE. As vagas que restaram, se B, C e F querem ir para Conquista para consulta com dermatologista, ultrassom, botox [mesmo particular]... Tendo vaga no ônibus, ele vai, não tem problema nenhum. O transporte sanitário [para cuidados eletivos] é as terças-feiras. [...] O sistema [de agendamento de consultas] geralmente tem umas datas que a gente pode priorizar: segunda, terça e quarta. Sempre damos preferência pelas terças-feiras, porque o fluxo é maior. [Caso precise fora da terça-feira] Aí a gente vai analisar a questão socioeconômica, se o paciente tem condições de pegar ônibus ele paga o ônibus [e reembolsamos], se não tem, a gente dá a passagem, ele vai, faz a consulta e retorna (Ent.3, GM).

Garantia de transporte para usuários sob tratamento prolongado...

[...] a gente tem o transporte para aqueles pacientes que são agendados em Vitória da Conquista e que não tenham condições realmente de pagar a passagem e nós, também, pagamos esse transporte. Não damos a garantia de 100%, porque aí não tem como. Os pacientes mais graves realmente são atendidos. Pacientes de psiquiatria se for necessário nós damos 100%, os pacientes de rádio e quimio 100%, fisioterapia 100% e hemodiálise 100%, agora exames e consultas [eletivos esporádicos] nem sempre nós podemos dar 100%, mas nós tentamos (Ent.6, GM).

A abordagem acima sinaliza a complexa logística para oferta de transporte sanitário como uma questão-chave para garantir acesso aos serviços de saúde regulados em sistemas regionalizados. Na microrregião, podemos destacar, por meio de observações em campo e alguns relatos de gestores no CGMR, peculiaridades que tensionam e tornam esse serviço essencial aos cidadãos: cidades pequenas com pouca oferta de serviços especializados e de apoio diagnóstico e que, por isso, precisam encaminhar a maioria dos usuários para Vitória da Conquista; vias terrestres nem sempre adequadas (alguns acessos por estradas não asfaltadas) que aumentam o tempo de deslocamento; zona rural extensa e população dispersa; sistema de transporte intermunicipal insuficiente e precário (com horários e rotas fixas, muitas vezes, incompatíveis com os agendamentos em saúde); população em condições de insuficiência econômica e, paradoxalmente, municípios com baixa arrecadação fiscal e, por isso, com dificuldades para arcar com os elevados custos de um sistema de transporte eficiente.

Não obstante, além dos casos de necessidade programável, os municípios precisam responder em tempo oportuno as necessidades de cuidados contínuos/rotineiros como sessões de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, acompanhamento psicossocial, entre outros, que requerem meios de transporte regulares e adequados às necessidades de pessoas “fragilizadas” pelas condições próprias dos agravos e dos procedimentos, muitas vezes invasivos, dos meios de diagnóstico e tratamento. Com base nisso, os entrevistados narram um conjunto de prioridades que tentam responder essas particularidades, tais como: regularidade e prioridade no transporte; inscrição no serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); prioridade no agendamento de consultas/exames na CMC; transporte apanha o usuário em domicílio; veículo comum ou ambulância, conforme a necessidade do usuário; manutenção de casas de apoio, em Vitória da Conquista, para os casos que requeiram permanência transitória.

Garantia de transporte de saúde e casas de apoio...

A SMS tem uma van que leva esse pessoal. Quando marca uma consulta em Vitória da Conquista, aí o pedido do exame já vem com a vaga na van, aí a gente [da zona rural] vai pra sede do município e lá a van desloca a gente pra Conquista. Tem casos que nem pode voltar, né? Mas a gente tem assistência pra ficar lá. Tem um lugar pra ficar, o acompanhante também. Uma casa de apoio para as pessoas que não podem voltar. Porque nos hospitais de Vitória da Conquista só fica acompanhantes com pessoas idosas, 60 anos acima, menos não fica. No meu caso mesmo, é preciso ir alguém comigo, onde meu acompanhante vai ficar? Aí, o prefeito tem uma casa de apoio pra dar assistência, pra ficar visitando no hospital (GF-U1).

Distintas formas de ajuda ao deslocamento para tratamento fora do domicílio...

Existe uma van do município que ela vai para Conquista todos os dias e vai levar os pacientes, sai daqui de manhã e voltam no fim da tarde. Então, ela leva o paciente e traz de volta. Isso para os pacientes esporádicos ou para pacientes que precisam ir uma vez por semana. Mas os pacientes que, por exemplo, de hemodiálise, alguns pacientes de oncologia que fazem tratamento mais de uma vez por semana é oferecido o TFD, que é ajuda de custo. Então, esses pacientes têm direito a ajuda de custo para se deslocarem tanto para Conquista, como para Salvador. A gente já fez algum tratamento em Jequié. Mas é mais em Conquista e Salvador mesmo. E quando é um acamado, que não tem condições de ir ou tem um paciente muito debilitado à gente acaba mandando a ambulância do município ir levar esse paciente, vai lá faz o exame e retorna (Ent.2, GM).

Nós temos no município uma demanda muito grande da população para serviços em Conquista. [...] agendamos o procedimento e fazem a avaliação dessa necessidade. Em casos, por exemplo, que o paciente é acamado, que não tem condições financeiras de se deslocar, oferecemos o transporte. Além disso, nós temos os pacientes cadastrados no TFD. Para você ter uma ideia, em 2008, eram 52 pacientes, hoje [2011] tenho 256 em TFD. Então, garantimos o transporte para essas pessoas, que pela rotatividade, pelo volume que sai, às vezes, quebra [o veículo] muito rápido, por mais que a gente faça manutenção. Chegamos a fazer 6, 7 viagens por dia pra Vitória da Conquista, então, as ambulâncias não param. Os veículos, temos a Ducato [van] e um micro-ônibus, fora as Kombi, que rodam o dia inteiro, pra Conquista, Itabuna e Salvador. Então, oferecemos esses transportes que, muitas vezes, não conseguimos dar, de fato, a qualidades que o transporte precisa, porque não param (Ent.5, GM).

O gestor 5 destaca uma questão crucial acerca da logística dos transportes sanitários que é a qualidade do meio de transporte para garantir não apenas o acesso em tempo oportuno, mas, também, a segurança e conforto dos usuários durante o trajeto. Além disso, o sistema de transporte requer uma organização que vai além da aquisição de automóveis, mas, também, contratação de motoristas e manutenção preventiva e corretiva dos veículos que, por sua vez, oneram expressivamente os gastos públicos em saúde. Sobre essas questões, um usuário num grupo focal posiciona-se criticamente e relata, com riqueza de detalhes, cenas de descaso que põem em risco suas vidas durante o trajeto (veículos inadequados ou avariados) ou por atrasos que comprometem a intervenção clínica durante o tratamento. Em contrapartida, um gestor argumenta acerca dos desafios enfrentados pelas secretarias de saúde para manter essa logística em pleno funcionamento.

Precárias condições do transporte sanitário comprometendo o tratamento...

[...] sou paciente de uso constante de transporte e é uma dificuldade que existe, desde quando começou usar transporte para Conquista. Já fui em carro de porta quebrada, carro sem forro nenhum, carro escapando óleo, [...] carro que não cumpre horário [...] aí fica aquele jogo de empurra: “A culpa é do secretário”. Aí o secretário, fala: “A culpa é do motorista”. Aí o motorista diz: “A culpa é do outro motorista que chegou tarde”. Não existe uma responsabilidade digna para o ser humano, porque eles acham assim: “Ah, eu já estou dando o carro vale qualquer um”. [...] tem gente que faz quimioterapia e tem que estar lá 8h, o carro sai daqui 9h da manhã, chega lá 11h. Quando o paciente vai reclamar: “Se vire. Pague um taxi, pegue um carro”. [...] Tem um paciente que falou para mim que estava pagando um taxi para levar ele todos os dias para Conquista para poder chegar no horário. [...] nós ficamos uns 3 meses fazendo apenas 3 horas de hemodiálise. Precisava de 4 horas, mas ficava 3, sendo que isso é prejuízo para quem faz hemodiálise, pois quanto mais tempo a gente fica na máquina melhor, é mais tempo de vida pra nós. [...] onde está o respeito pelo paciente? [...] Porque nós saímos da máquina, totalmente debilitados. Nós já fomos sentados um no colo do outro, dentro de uma Kombi que não comportava o número de pessoas (GF-U3).

Dificuldades na gestão do sistema de transporte em saúde...

A gente não consegue nem fazer a manutenção preventiva do veículo, a gente acaba fazendo a manutenção curativa mesmo [...] Só para você ter uma ideia, só nesses três últimos anos foram seis veículos adquiridos. Em três anos, dois por ano, e a gente nem concluiu o terceiro ano ainda, a gente com essa dificuldade imensa. [...] Uma das maiores despesas que a gente tem aqui é com TFD. A gente recebe 9 mil reais e de faturamento, fora o que eu pago de diária para o paciente de hemodiálise, diária para o motorista, combustível, casa de apoio, manutenção do veículo, pneu, eu gasto 28 mil. Eu recebo 9 mil. Fora isso tudo, eu gasto 28 mil, fora as passagens que eu dou para o paciente que chega a 8, 10 mil reais por mês de passagens (Ent.5, GM).

Revolvendo esse terreno, encontramos outras questões que impactam no conforto e na terapêutica do usuário, ou seja, após passar, muitas vezes, por uma “seleção” para conseguir uma vaga nos serviços especializados e de apoio terapêutico e diagnóstico, o usuário, ainda, é submetido a situações críticas. Algumas dessas circunstâncias parecem inerentes aos sistemas

regionais de base territorial que pressupõe escala e escopo para prestação de determinados serviços de maneira racional e que, portanto, distribui as unidades prestadoras conforme adensamento tecnológico em sede micro ou macrorregional (Vitória da Conquista corresponde a ambas), requerendo deslocamentos razoáveis e frequentes. Por essa lógica, quanto menos variados e adensados forem os serviços, quanto mais frágil financeiramente e mais afastado estiver o município da cidade de referência, mais os usuários demandarão deslocamentos para uma variedade de serviços de saúde. Além disso, os veículos sanitários, para usuários não rotineiros em cuidados eletivos, transportam diferentes pessoas, com necessidades terapêuticas diversas (distintas consultas/exames/procedimentos), agendadas em múltiplos horários, para unidades prestadoras não coincidentes, ainda que na mesma cidade. Por conta disso, o transporte desloca-se das cidades mais distantes nas primeiras horas da manhã, fazendo com que usuários aprazados para o turno da tarde, por exemplo, tenham que se submeter a longas e penosas horas de espera.

No CEMAE, por exemplo, por conta do grande contingente de pessoas que se deslocam de diversas cidades diariamente, o tempo de espera torna-se crítico por conta da situação socioeconômica de alguns usuários, que chegam sem se alimentar e/ou passam todo o dia com uma única refeição. A localização do CEMAE não congrega restaurantes nas proximidades, por sua vez, por localizar-se em área de classe média, os pontos de alimentação mais próximos não são a preço popular. Muitos usuários não conhecem a cidade ou não sabem transitar por ela, por isso, permanecem no CEMAE durante todo o dia, mesmo que sua consulta tenha sido realizada nas primeiras horas, pois precisam aguardar o transporte sanitário que recolherá todas as pessoas a partir do último atendimento. Tais questões, singulares e marginais ao processo que se debruça, prioritariamente, sobre as vagas, cotas etc., desvela as nuances que atravessam o processo de (des)atenção à saúde. Alguns relatos tecem esse enredo no cotidiano,

Usuário com uma única opção de retorno...

O que eu tenho mais inconveniente é com paciente da APAE, pois esse paciente, realmente acaba que fica só um turno e tem que esperar, porque está com os outros de fisioterapia (Ent.5, GM).

Desarticulação entre sistema de transporte e rede assistencial...

Os pacientes de outros municípios vêm em van, ônibus, ambulâncias ou o município paga transporte, ou vêm com o seu próprio custo para chegar aos médicos do CEMAE. Os pacientes de outros municípios acabam dando um pouco de trabalho, não por eles quererem, mas quando é feita a pactuação dos municípios, é vista a questão da consulta do profissional, é vista a questão do horário que o paciente vem, mas não é vista a questão social desse paciente, então, às vezes, vem um carro de um município distante para cá, a consulta do paciente é 17h, mas tem outro paciente para fazer consulta aqui em Conquista [em outro horário e local]. Então, o motorista

deixa o paciente no CEMAE às 7h da manhã sem alimentação, e esse paciente vai ficar aqui de 7h às 17h, esperando o profissional que vai atender. Então, ele acaba ocupando espaço dentro do serviço, o qual a gente não tem condições de manter porque o espaço realmente é pequeno. Próximo ao CEMAE não tem um sistema alimentar, no CEMAE não tem uma cantina [...]. Então, não tem uma alimentação adequada e isso acaba gerando transtornos sociais para o serviço. O paciente sofre hipoglicemia, fica hipertensivo, tem transtorno de ansiedade, porque acaba ficando dentro do serviço o dia todo para uma consulta no final da tarde (Ent.8, GM).

Um mesmo transporte para diferentes necessidades assistenciais...

Sai [o veículo] às 4 da manhã. Eu mesma já fui nele. A maioria das pessoas aqui já foi, não é? [...]. O carro vai cheio. Tem um limite de 45 pessoas. Não pode ultrapassar. É agendado, vai lá, dá seu nome. É agendado o dia, cada um tem a sua necessidade, aí tem o agendamento cada um vai de acordo com os exames que tem na agenda. E no caso se essa pessoa tem o exame marcado não tem as vagas, aí tem que pagar passagem para ir. [...] Mas depende [o retorno], se alguém atrasar o ônibus espera. Porque, às vezes, existe algum exame que não termina, mas no caso o carro aguarda para isso. Às vezes, tem aqueles incompreensivos. Tem gente que desiste, mas o caro espera. A obrigação do carro é esperar (GF-U2).

Essas questões levantadas, por outra via, foram motivo de preocupação para um dos gestores que relata a necessidade de, no cotidiano do serviço, desenvolver algumas ações para minimizar os impactos na organização e, essencialmente, acolher as demandas dos usuários e tentar respondê-las com brevidade. Nessa perspectiva, os usuários mesmo agendados com hora marcada são priorizados, no CEMAE, por idade (maiores de 60 anos), condição clínica e área de residência (zona rural, por exemplo). Em contraposição, nem sempre essa é uma atitude compreendida pelos usuários que estão a esperar e que, porventura, chegaram antes dos que foram priorizados.

Acolhimento e priorização na unidade assistencial...

O que causa, às vezes, um pouco de chateação dos pacientes é que chega um paciente de Vitória da Conquista às 7h da manhã para o cardiologista; na cabeça dele, ele seria o primeiro a ser atendido por aquele cardiologista. No entanto, por uma dificuldade operacional do arquivo, se o prontuário não for encontrado primeiro, ou se o prontuário foi encontrado primeiro, mas tiver outro paciente de uma zona rural, o paciente da zona rural vai ser atendido primeiro. Porque a gente tenta priorizar, além de toda questão do paciente especial, gestante, mães com criança de colo, paciente idoso etc. Além dessa priorização, é priorizado mesmo que não tenha sido isso visto na pactuação, mas informalmente a priorização é do paciente que é da zona rural de outro município, depois o paciente da zona urbana de outro município, depois os pacientes da zona rural de Conquista, para depois priorizar o paciente da zona urbana de Conquista. Às vezes, o paciente da zona urbana foi o primeiro chegar, mas será o 5º a ser atendido e, às vezes, o paciente acaba não entendendo muito isso, acaba causando chateação, mas é uma forma de a gente inclusive ser justo. Porque o paciente de Conquista vai sair daqui e pegar o ônibus e ir para a sua casa é muito mais fácil, mas o caso da zona rural e de outros municípios tem um horário específico (Ent.8, GM).

Além disso, retornando a questão dos transportes, os municípios precisam dispor de soluções logísticas por meio de veículos qualificados e específicos para deslocamento de

peessoas em casos de urgência e emergência, tanto para dentro do próprio município, como para outros municípios com adensamento tecnológico adequado para estabilizar e/ou reverter o quadro agudo do agravo. Na microrregião, esses serviços estão regionalizados por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192), com assistência pré-hospitalar móvel, sendo serviços autorizados por médicos em centrais reguladoras de âmbito regional, compondo a Rede Estadual de Urgências e Emergências. O SAMU-192 está espacialmente distribuído em sete cidades da microrregião: Anagé, Belo Campo, Cândido Sales, Condeúba, Maetinga, Poções e Vitória da Conquista (Bahia, 2012b).

Na microrregião, essa tem sido a política de saúde com maior sintonia com a integração em rede regional na pauta dos gestores no CGMR. Contudo, necessita de uma rede articulada desde a EqSF às unidades hospitalares de internamento e, contraditoriamente, o debate dos gestores foca, precipuamente, nas últimas. Além disso, as urgências/emergências, salvo os casos inevitáveis, são, também, desdobramentos das agudizações de casos crônicos que poderiam ser minimizados (em número e/ou gravidade) na existência de uma rede de atenção integrada, com coordenação e continuidade adequada dos cuidados. Assim, sem adequado suporte nos territórios, as urgências/emergência abarrotam os hospitais da cidade de referência e o sistema de transporte não consegue responder adequadamente as demandas, gerando conflitos nos processos regulatórios de deslocamento de pessoas em unidades móveis e na autorização de internamento, particularmente em unidade de terapia intensiva.

5.5 “Fluxos para atenção especializada”

5.5.1 Circuitos assistenciais e as trajetórias dos usuários na busca por cuidado em saúde na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista

Os circuitos assistências são trajetórias percorridas por usuários e as estratégias encontradas para acessarem os pontos de atenção secundária e de apoio terapêutico e diagnóstico na rede de saúde microrregional. Para tanto, selecionamos quatro cenários (municípios da microrregião) e por meio do conjunto de dados e informações sintetizamos numa imagem gráfica, acompanhada de uma descrição dos fluxos, os principais eventos na prestação dos serviços.

A intenção não é o julgamento de cada município isoladamente, mas a descrição de diferentes processos que acontecem na rede microrregional, por meio de cenários representativos. A descrição dos diferentes fluxos internos a cada município são resultados da explicitação dos dados durante entrevistas, grupos focais, observações e documentos institucionais, todavia, o padrão de detalhamento e as singularidades apresentadas não conformam *a priori* uma imagem definitiva dos lugares. Dessa forma, trouxemos elementos descritivos dos municípios para ilustrar a diversidade de caminhos percorridos pelos usuários e os diferentes circuitos traçados e trilhados na busca pela resolução de suas necessidades de cuidado numa região de saúde.

- **Primeiro cenário**

Fluxos (1A¹) – Os usuários sentem a necessidade e buscam um serviço de saúde. A porta de entrada pode ser uma das quatro USF (02 na zona rural e 02 na zona urbana), pois o município tem 100% de cobertura e todas as equipes com médico e enfermeiro. Os usuários devem procurar as USF de segunda à sexta-feira, em horário comercial. Contudo, quando buscam uma USF, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois as unidades não dispõem desse profissional todos os dias, nem todos os turnos. Na zona rural, na USF observada, por exemplo, além da restrição aos dias de atendimento médico, há dificuldade no deslocamento dos profissionais (péssimas estradas de chão e interdições em dias de chuva) que, por conta da distância, tem seu horário de atendimento “reduzido”, pois chegam “atrasados” e saem mais cedo. A zona rural é grande e com população muito dispersa (por exemplo, distâncias maiores que 15 km entre residência do usuário e USF). Algumas USF são de difícil acesso, por conta disso, a EqSF atende um dia da semana numa Unidade Móvel de Saúde (UM) que se desloca para distintas microáreas de seu território de abrangência, tentando facilitar o acesso. Outra estratégia encontrada, pela EqSF, é o atendimento à população da zona rural, às segundas-feiras, numa unidade de saúde na sede, pois, nesse dia, muitas pessoas que residem na zona rural deslocam-se para a cidade por conta de ser “dia de feira”. Na mesma perspectiva, a segunda USF de referência para atendimento à população da zona rural localiza-se na sede, pois assim, os usuários de diferentes fazendas, dispersas pelo território, conseguem um melhor acesso. Destacamos que, com poucos turnos de trabalho e/ou horário reduzido nas USF, particularmente de médicos, há acúmulo de demanda e, por conseguinte, dificuldade no acesso oportuno. Tais questões

impõem aos usuários, a busca por alternativas para o atendimento, sobretudo, por meio da unidade de pronto-atendimento (PA).

Fluxo (1A²) – Para os dias em que a USF oficialmente não funciona (feriados, finais de semana etc.) a população busca o PA localizado em Centro de Saúde na sede do município. Além disso, usuários que não conseguem atendimento nas USF por “falta de vaga” no dia da busca, aqueles que não procuram a USF, pois não a consideram como primeira escolha e outros usuários cuja necessidade é uma demanda que não pode ser resolvida nas USF (urgência, sutura etc.) procuram diretamente ou são encaminhadas ao PA pela USF. A dinâmica de atendimento por “queixa-conduta”, a “rapidez” no atendimento, a existência de médicos 24h por dia, a possibilidade de resolver problemas inclusive de pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população. Muitos usuários costumam levar resultados de exames para “mostrar” ao médico, tentam fazer consulta de rotina, gerando grande demanda para o PA, transformando-o num grande ambulatório, “concorrendo” com as USF.

Fluxo (1B) – Após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde na USF ou UM, caso haja solicitação de exames e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma “Guia de Solicitação”. A guia é recolhida na recepção (preenchida com os dados do usuário) e só depois encaminhada à CMC pela própria EqSF.

Fluxos (2A¹) e (2A²) – A CMC funciona em horário comercial, de segunda à sexta-feira. Na CMC, um técnico-marcador recebe das diferentes USF as “Guias de Solicitação” e, de acordo com o pedido descrito na guia e disponibilidade do serviço, escolherá o prestador. Para tanto, o marcador dispõe de um caderno de anotações com a agenda de todos os médicos e prestadores de serviços no Cenário 1, bem como, possui a relação do número de vagas para cada exame, consulta e procedimento. Além disso, existe um sistema de marcação de consultas *on-line* com a CMC da sede da microrregião, com a relação da quantidade de vagas para as consultas, exames e procedimentos pactuados entre as cidades. O marcador separa as diferentes solicitações por especialidade, por grupo de exames e procedimento, depois checa o motivo da solicitação, priorizando aqueles em que o profissional solicitante preenche o motivo do pedido e seja mais premente. Caso não esteja explícito o motivo da solicitação ou haja a informação “a pedido do paciente”, a guia retorna à USF para reavaliação do profissional solicitante e seu correto preenchimento. Os exames reavaliados são remetidos a CMC e priorizados de acordo com os critérios de tempo de solicitação e necessidade atribuída.

Fluxos (2B¹) a (2D¹) – Havendo vaga disponível procede-se o agendamento e, posterior, encaminhamento da “guia autorizada” para a respectiva USF solicitante. Além disso, cada USF tem uma cota de exames/consultas por especialidades, assim, o marcador deverá atentar para as cotas e atender usuários de diferentes territórios, de acordo com a parcela prévia de cada USF. Por outro lado, não havendo vagas, mas o destaque na guia seja “motivo urgente” ou alguma descrição que informe a necessidade de priorização, o marcador entra em contato com a coordenação local (coordenador de atenção básica ou secretário de saúde) e/ou faz a descrição no sistema informacional para tentar agilizar as marcações entre os municípios pactuados. Para tanto, o marcador tentará negociar as cotas entre os prestadores locais (antecipando as cotas do mês posterior). Caso seja na sede da microrregião, o marcador descreve a situação de urgência num campo específico do sistema de marcação (*on line*) e aguarda a avaliação por um médico regulador da CMC de Vitória da Conquista. Sendo disponibilizada a vaga, a “guia autorizada” é encaminhada à USF solicitante. Não sendo urgente e/ou não existindo a vaga imediata, o marcador recolhe as guias em pastas nas CMC (por ordem de cronológica de solicitação e por especialidades) e vai atendendo à medida que as vagas vão sendo liberadas.

Fluxos (2D²) e (2E) – As solicitações arquivadas nas pastas na CMC são regularmente reavaliadas pela coordenação de atenção básica e marcador que, a cada três meses, reencaminham as guias com período superiores a três meses de espera para que os profissionais nas respectivas USF possam avaliar a pertinência da solicitação (caso já resolvido, óbito do usuário, mudança de endereço do usuário etc.). Após reavaliação, a EqSF remete, caso necessário, a solicitação à CMC para priorização. Contudo, para algumas especialidades mesmo depois de 90 dias não há vagas para agendamento.

Fluxos (3A¹) e (3A²) – Havendo vaga disponível (fluxos 2B¹ e 2C¹), o marcador disponibiliza às USF as guias autorizadas (local, data, horário e profissional) que serão distribuídas aos usuários por ACS ou serão retiradas, pelo próprio usuário, na USF. Para tanto, a EqSF passa diariamente na CMC e apanham a pasta com as guias autorizadas. Após a entrega da autorização ao usuário, este deverá buscar o prestador identificado na “guia de solicitação”. Caso o prestador seja em Vitória da Conquista, o usuário receberá da USF, anexada à guia de solicitação, uma autorização impressa diretamente do sistema de marcação com o dia, horário, local e profissional que irá atendê-lo. A depender do procedimento, a autorização conterá orientações básicas de como se preparar para a consulta/procedimento.

Fluxos (3B¹) e (3B²)– O cuidado ao usuário será realizado por um profissional no município Cenário 1 ou em outro município pactuado com este, a depender da oferta e

disponibilidade da vaga. Na maioria das vezes, quando o serviço é ofertado por ambos, prioriza-se primeiro no próprio município. A cidade de Vitória da Conquista, sede da microrregião, é a principal fornecedora de serviços de média e alta densidade tecnológica, contudo, o Cenário 1 dista, aproximadamente, 120 km (sendo que 20 Km corresponde a estrada sem asfalto). Caso o prestador seja no Cenário 1 ou na cidade sede da microrregião, o usuário irá ao prestador no dia/turno identificado. Caso não necessite de retorno, mas tenha resultados de exames/procedimentos solicitados pela USF, buscará a USF para entregá-los (consulta de retorno à USF).

Fluxos (3C) e (3D) – Caso o usuário tenha sido atendido e necessite de consulta de retorno e/ou novos exames e/ou procedimentos, deverá retorna à USF e entregar as novas solicitações para que a EqSF encaminhe à CMC. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxos (4A¹), (4A²) e (4B¹), (4B²) – Caso não tenha sido agendado, independente do tempo de espera, alguns usuários fazem o desembolso direto ou usam o seguro de saúde, a fim de agilizar as solicitações de consultas com especialistas, exames e procedimentos. Usuários podem, ainda, acessar o serviço via “intervenção político-partidária” (clientelismo) ou por meio de “conhecidos” dentro da rede. Nesse caso, o usuário pode percorrer diferentes etapas do fluxograma, buscando outras formas de acesso aos serviços públicos. Por esse meio, o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência e/ou oportunidade.

Fluxo (5A) – Tendo realizado o serviço por desembolso direto ou por meio de seguro de saúde, o usuário pode procurar, novamente, a USF e entregar os resultados ao profissional solicitante. Essa foi uma prática bastante comum nos discursos de todos os grupos de entrevistados, ou seja, os usuários utilizam o serviço privado, muitas vezes, por sugestão dos profissionais da própria USF, para agilizar determinadas ações que são morosas no SUS e, assim, conseguem adiantar suas consultas de retorno e/ou intervenções cirúrgicas, no próprio sistema público, quando necessárias.

- **Observações no fluxo assistencial no Cenário 1**

- ✓ Quando o profissional especialista ausenta-se no dia do atendimento no Cenário 1, o serviço avisa à CMC local que tenta reagendar os usuários (encaixes). O profissional geralmente acorda que atenderá um número maior de pessoas para compensar a ausência.

-
- ✓ Quando o profissional especialista ausenta-se no dia do atendimento em Vitória da Conquista, caso o usuário não tenha sabido antecipadamente, o próprio prestador tentar reagendar e avisa a CMC de Vitória da Conquista. Em alguns casos, a CMC de Vitória da Conquista avisa a CMC do Cenário 1 e essa busca uma nova data para o usuário;
 - ✓ Quando o usuário necessita de um conjunto de consultas, exames e procedimentos pré-cirúrgicos, por exemplo, que envolve diferentes prestadores, em diferentes cidades, com critérios distintos de vagas, o marcador tenta articular o conjunto de necessidades do usuário para sejam realizados no prazo compatível com a cirurgia. Contudo, quando não é possível o usuário busca as alternativas políticas e o desembolso direto. Há casos em que alguns exames realizados “perdem a validade” e precisam ser repetidos por conta da desarticulação entre os serviços.
 - ✓ O município disponibiliza um carro (transporte sanitário), diariamente, para deslocamento das pessoas do Cenário 1 para cidade sede da microrregião para tratamento especializado (com número limitado de vagas, priorizadas pela CMC). Além disso, existe o transporte garantido para os usuários de serviços especializados de uso contínuo (hemodiálise, tratamentos oncológicos etc.). Em caso de usuários acamados ou com outras necessidades, com dificuldade na locomoção, disponibiliza-se uma ambulância para transporte. O controle das vagas nos transportes é feito pelo marcador da CMC.

- **Segundo cenário**

Fluxo (1A¹) – Usuários sentem a necessidade e buscam um dos serviços de saúde municipal. A porta de entrada nem sempre é uma das seis USF, apesar de o município possuir 100% de cobertura. Os usuários em territórios com USF devem acessá-las de segunda à sexta-feira, em horário comercial, contudo, quando buscam uma USF, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois as unidades não dispõem desse profissional todos os dias, nem todos os turnos. Na zona rural, em algumas USF, além da restrição aos dias de atendimento médico, há dificuldade no deslocamento dos profissionais que, por conta da distância, têm seu horário de atendimento “reduzido”, pois chegam atrasados e saem mais cedo. Com poucos turnos de trabalho nas USF, há acúmulo de demanda e, por conseguinte, dificuldade no acesso. Tais questões impõem ao usuário, a busca por alternativas para o atendimento.

Fluxo (1A²) – Usuários que não conseguem atendimento por ausência do profissional ou por “falta de vaga” no dia da busca nas USF, aqueles que não procuram as USF, pois não as consideram como primeira escolha, usuários cuja USF é distante de suas residências ou em dias e horários de não funcionamento das USF, costumam buscar o serviço no Centro de Saúde (UBS tradicional) e/ou no pronto-atendimento (PA), ambos localizados no hospital da cidade. Na UBS atendem um médico clínico geral, um pediatra e um ginecologista, que realizam consultas a demandas programadas e espontâneas da atenção primária. A dinâmica de atendimento por “queixa-conduta”, a “rapidez” no atendimento, a existência de médicos 24h por dia, a possibilidade de resolver problemas inclusive de pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população. Além disso, os médicos do PA atendem usuários “independente” da queixa (não urgentes), inclusive solicitando exames e consultas (de rotina) que deveriam ser requisitados pelos profissionais das USF. O PA, nesse sentido, “compete” com as USF, pois é de “fácil” acesso, muitos médicos do plantão são, também, profissionais das USF (assim os usuários preferem procurá-los no PA). A CMC aceita as solicitações de exames e consultas requisitadas pelos médicos do PA (mesmo não sendo urgentes) e há valorização política dessa forma de prestação de serviços. Por conta de ser uma cidade pequena, os usuários da sede procuram o PA pela conveniência, distinguindo-se dos moradores da zona rural, que apesar das restrições das USF, ainda assim, buscam o serviço com frequência, uma vez que os deslocamentos entre a zona rural e a sede são grandes e há dificuldade no transporte.

Fluxos (1A³) e (1A⁴) – No município há, ainda, duas formas de acesso direto aos serviços públicos especializados, sem intermediação das USF/UBS. No primeiro caso, o usuário pode ir à CMC (mesmo sem uma solicitação médica) e requerer uma consulta/exame em uma especialidade. Nesse caso, o usuário, geralmente, tem a intermediação de um político, de um conhecido na SMS/CMC ou, ainda, o técnico-marcador da CMC agenda a consulta e o usuário deverá providenciar uma guia de solicitação médica (preenchida e assinada). No segundo caso, os usuários podem ir ao serviço especializado, localizado no hospital municipal, e marcar uma consulta diretamente na recepção da unidade prestadora (funciona como porta de entrada) e acessarem, sem regulação, o serviço de cardiologia. Há, ainda, os serviços de endocrinologia ou pneumologia, regulados na CMC, mas com alguma tolerância a marcação diretamente no serviço (encaixes). Em algumas circunstâncias, existe a intermediação de algum político e/ou conhecido na SMS/CMC.

Fluxo (2A) – Tendo acessado a USF, UBS ou PA, após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde, caso haja solicitação de exames (inclusive análises clínicas) e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma “Guia de Solicitação” e deverá procurar pessoalmente a CMC. A CMC funciona até 14h, de segunda à sexta-feira. Na CMC, os marcadores recebem a “Guia de Solicitação” dos usuários e, de acordo com o pedido, escolherá o prestador que poderá ser no próprio município ou em outra cidade, principalmente em Vitória da Conquista. Os marcadores têm um caderno de anotações com a agenda de todos os médicos e prestadores de serviços no Cenário 2, também, possuem a relação do número de vagas para cada exame, consulta e procedimento. Bem como, existe um sistema de marcação de consultas *on-line* com a CMC de Vitória da Conquista, com a relação de vagas de consultas, exames e procedimentos pactuados entre as cidades.

Fluxos (2B¹), (2B²), (2B³) – Havendo vaga disponível, o marcador escolherá entre o Cenário 2 ou na sede da microrregião, a depender da oferta e disponibilidade da vaga. Na maioria das vezes, quando o serviço é ofertado por ambos, os usuários solicitam que seja no Cenário 2, aceitando inclusive esperar a vaga, pois a cidade sede está a 140 km. A guia autorizada fica disponível na CMC, devendo o usuário buscá-la ou, em alguns casos, o profissional, geralmente da zona rural, recolhe algumas guias autorizadas e entregam-nas aos usuários via ACS. Há casos, ainda, em que vereadores recolhem as guias autorizadas de usuários das suas áreas de influência para entregá-las, contabilizando como dividendo político. Os usuários que não têm sua consulta marcada imediatamente quando procuram a CMC do Cenário 2, recebem a comunicação sobre a autorização via mídia local (rádio). Contudo, a rádio não alcança todas as localidades da zona rural, prejudicando a informação.

Em alguns casos, os usuários passam, de tempos em tempos, na CMC para checar se a solicitação foi autorizada. Quando agendada, o usuário é o responsável por buscar sua autorização na CMC. Os marcadores, também, tentam, quando possível, localizar o usuário por contato por telefone.

Fluxo (2C¹) – Caso o prestador seja no Cenário 2, os marcadoras irão agendar no caderno de anotações na CMC. Posteriormente, a CMC encaminha aos prestadores a lista com os nomes dos usuários agendados por especialidade. As pessoas serão atendidas por ordem de chegada. Para tanto, o usuário receberá a guia com a data e local de sua consulta/exame/procedimento. As pessoas que acessam diretamente o serviço especializado são “encaixadas” conforme haja ausência de algum dos usuários previamente agendados. Exames laboratoriais (hemograma, glicemia, por exemplo) são realizados no município, mas precisam de solicitação autorizada na CMC.

Fluxo (2C²) – Caso o prestador seja em Vitória da Conquista, o usuário receberá uma autorização impressa diretamente do sistema de marcação com o dia, horário, local e profissional que irá atendê-lo. A depender do procedimento, a autorização conterá orientações básicas de como se preparar para a consulta/exame/procedimento.

Fluxo (2D¹) – Caso haja necessidade de retorno ou haja solicitação de exames complementares ou consulta com outra especialidade, o profissional especialista faz a solicitação, entrega ao usuário. Em alguns casos, o usuário poderá levar a guia diretamente (sem passar pela CMC) ao serviço especializado no Cenário 2 e a recepção tentará encaixar ou retornará à CMC do Cenário 2, particularmente se o serviço não for ofertado no município. Não há, nesses casos, contatos com as EqSF. Caso o agendamento seja pela CMC, o usuário receberá a guia autorizada e buscará os serviços conforme agendamento.

Fluxo (2D²) – Tendo a consulta/exame/procedimento realizada, o usuário retorna para USF ou PS com os resultados dos exames, caso não precise de retorno ao especialista. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxos (2E¹) e (2E²) – Não havendo vagas no momento da marcação a “guia de solicitação” pode ser devolvida ao usuário e este é orientado a retornar à CMC no período de abertura da agenda para o Cenário 2 e/ou sede da microrregião. Há uma pasta na CMC com arquivamento temporário de solicitações (fila virtual), que são avaliadas por prioridade descrita pelo médico na guia. As solicitações que não são agendadas por “falta de vaga”, no dia da abertura da agenda de marcação, são arquivadas numa pasta na CMC, mas podem ser retiradas pelo usuário caso deseje tentar outras trajetórias para realização da

consulta/exame/procedimento. Na data de abertura da agenda para marcação de consultas de especialidades, os usuários vão à CMC com as guias de solicitação tentar o aprazamento; essa organização, por sua vez, gera filas na porta da CMC. O critério de marcação, afora as prioridades, é a ordem de chegada do usuário à CMC e o tempo de espera na fila virtual. As priorizações são realizadas pelos técnicos-marcadores de acordo com a descrição médica na “guia de solicitação”. Caso haja um pedido de “urgência” há tentativa de encaixar na agenda dos médicos no Cenário 2, pois previamente sempre deixam algumas vagas reservadas às urgências. Sendo na sede da microrregião, o marcador descreve a situação de urgência num campo específico do sistema de marcação *on line* e aguarda a regulação pela CMC da sede da microrregião.

Fluxos (3A¹), (3A²) e (3A³) – Caso seja uma necessidade urgente, mas não haja possibilidade de encaixe na agenda dos médicos no Cenário 2, ou não seja autorizado pela regulação da CMC de Vitória da Conquista, em algumas circunstâncias o usuário recorre a “Assistência Social” do município que paga (totalmente ou parte) o serviço num prestador privado (fora da cota contratada). Quando não recorre à assistência social ou não é contemplado por esta, o usuário desembolsa diretamente ou faz uso de seguro privado (quando possui) para agilizar algumas consultas/procedimentos/exames na rede privada, ainda que depois retorne para o sistema público para seguimento do cuidado.

Fluxos (3B¹), (3B²) e (3B³) – Usuários podem acessar o serviço via intervenção política (clientelismo). Nesse caso, o usuário pode percorrer diferentes etapas do fluxograma, buscando outras formas de acesso ao serviço público. Nesse caso, de maneira geral o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência.

- **Observações no fluxo assistencial no Cenário 2**

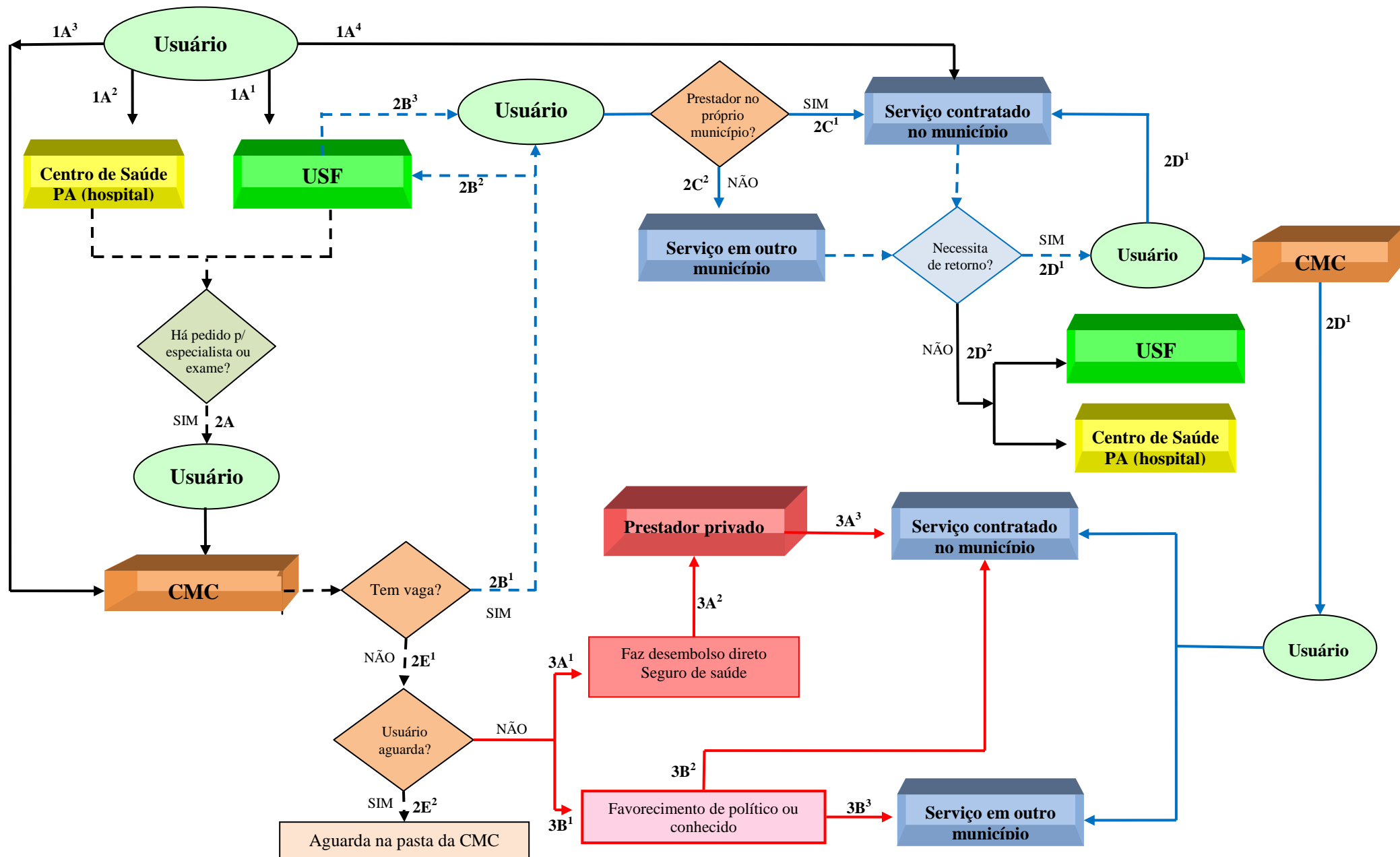
- ✓ Os exames e consultas para Vitória da Conquista são, preferencialmente, agendados para as terças-feiras. Nesse dia, a SMS do Cenário 2 disponibiliza um veículo (micro-ônibus – 45 lugares) que leva os usuários e acompanhantes do Cenário 2 ao local agendado (parte às 4h da manhã). Além disso, caso a consulta não seja naquele dia ou necessite aguardar alguns dias, a prefeitura dispõe de uma “casa de apoio” para abrigar seus munícipes em Vitória da Conquista. Os usuários da zona rural devem ir para a sede (por conta própria) onde pegam o transporte sanitário para Vitória da Conquista. Caso o agendamento não seja para uma terça-feira, os usuários deverão ir por conta própria ou

tentam vaga no transporte sanitário que levam as pessoas em tratamento contínuo (hemodiálise, quimioterapia etc.).

- ✓ Em alguns casos, o usuário precisa desembolsar uma quantia (“taxa/bonificação”) ao prestador contratado pela SMS para garantir a consulta/exame pelo SUS. O profissional recebe pelo contrato com a SMS e um adicional do usuário.
- ✓ Quando o profissional ausenta-se no dia do atendimento no Cenário 2, o serviço avisa a CMC que tenta reagendar os usuários (encaixes). O profissional geralmente acorda que atenderá um número maior de pessoas para compensar a ausência.
- ✓ Quando o profissional ausenta-se no dia do atendimento na sede da microrregião, caso o usuário não tenha sabido antecipadamente, o próprio prestador tentar reagendar e avisa a CMC da sede da microrregião. Em outros casos, a CMC da sede da microrregião avisa a CMC do Cenário 2 e essa busca uma nova data para o usuário.
- ✓ A CMC do Cenário 2 é uma porta de entrada para as especialidades, pois em algumas circunstâncias o usuário vai diretamente sem solicitação à CMC e é agendado, posteriormente consegue a “guia de solicitação”. É comum que usuários com “guia de solicitação” cheguem à CMC com um “bilhete” sugerindo priorização daquela marcação em detrimento do fluxo formal.
- ✓ A regulação é feita na CMC do Cenário 2 pelos marcadores, influenciados por questões técnicas (registro médico) e questões políticas (partido do usuário, grau de parentesco). O técnico-marcador faz a agenda de todos os especialistas e dos exames laboratoriais (combina antes com os profissionais para definir as datas).
- ✓ Quando o usuário necessita de um conjunto de consultas, exames e procedimentos pré-cirúrgicos, por exemplo, que envolve diferentes prestadores, em diferentes cidades, com critérios distintos de vagas, as marcadoras tentam articular o conjunto de necessidades do usuário para que sejam realizados no prazo compatível com a cirurgia. Contudo, quando não é possível, o usuário busca as alternativas políticas e o desembolso direto. Há casos em que alguns exames realizados “perdem a validade” e precisam ser repetidos por conta da desarticulação entre os serviços.
- ✓ Alguns médicos da ESF, também, atuam como especialistas no município, por isso, algumas vezes, fazem a consulta dos usuários de sua USF na própria unidade. Alguns médicos das USF atuam, também, em plantões no PA ou como especialistas no Centro de Saúde (pneumologia, cardiologia e endocrinologia).

FLUXOGRAMA DESCRITOR 2: (CENÁRIO 2)

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da Microrregião de Vitória da Conquista



- **Terceiro cenário**

Fluxos (1A) e (1B) – Usuários sentem a necessidade e buscam um serviço de saúde. A porta de entrada pode ser uma das 10 USF (zona rural ou urbana), contudo, o município possui 77% de cobertura de ESF, por isso há, também, uma UBS (não ESF) como importante porta de entrada na atenção primária do município. Os usuários devem procurar as USF ou UBS de segunda à sexta-feira, em horário comercial, porém, quando buscam uma USF/UBS, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois as unidades não dispõem desse profissional todos os dias, nem todos os turnos. Nesses casos, as equipes fazem contato com a SMS ou com outras USF/UBS e tentam encaminhar alguns usuários, que não possam ser agendados para outro dia, na tentativa de que eles não busquem o hospital. No caso da UBS, por ser central e de fácil localização, estando inclusive junto ao hospital, recebe demanda de todo o município e de usuários que vão ao hospital e não são atendidos (demanda do usuário não se enquadra nas urgências). Além disso, por conta de uma zona rural extensa e com população rarefeita, existe uma Unidade Móvel que presta atendimento à população cujo acesso às USF/UBS é mais difícil.

Fluxo (1C) – Para os dias em que as USF/UBS oficialmente não funcionam (feriados, finais de semana etc.) a população busca o PA no hospital, localizado na sede. Além disso, usuários que não conseguem atendimento nas USF/UBS por “falta de vaga” ou “ausência do profissional”, particularmente o médico, no dia da busca; aqueles que não procuram a USF, pois não a consideram como primeira escolha e outros usuários cuja necessidade é uma demanda que não pode ser resolvida nas USF procuram ou são encaminhadas ao PA/hospital. A dinâmica de atendimento por “queixa-conduta”, a “rapidez” no atendimento, a existência de médicos 24h por dia, a possibilidade de resolver problemas inclusive de pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população, contudo, há um esforço para que as demandas “não urgentes” sejam reencaminhadas à USF ou UBS.

Fluxo (1D) – Usuários em tratamento contínuo (hemodiálise e quimioterapia, por exemplo) podem procurar diretamente a CMC para marcação de consultas e exames especializados.

Fluxos (2A), (2B) e (2C) – Após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde na USF, UBS, UM ou PA, caso haja solicitação de exames e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma “Guia de Solicitação”. O caminho varia conforme a USF/UBS seja informatizada ou não.

Fluxos (3B¹) e (3B²) – Nas USF/UBS informatizadas, a recepção agenda diretamente, via SISREG III, segundo cotas pré-fixadas para cada unidade e para cada grupo de exames, procedimentos e consultas, caso o prestador oferte o serviço no Cenário 3. Caso o prestador seja em outro município, a USF/UBS não faz o agendamento, por isso, recolhe as guias de solicitação e encaminhar à CMC.

Fluxos (4B¹), (4B²), (5B¹), (5B²), (6B¹), (6B²) – Caso tenha vaga para o prestador do Cenário 3, a USF/UBS agenda a consulta (dia e local) e entrega a “guia autorizada” para o usuário (ou via ACS). Este, por sua vez, procurará o serviço de referência. Quando não há vaga, os marcadores da USF/UBS informatizada tentam regular no próprio sistema, colocando a necessidade de prioridade e esperam a resposta da CMC do Cenário 3. Em algumas circunstâncias (urgências, por exemplo), os profissionais ligam (*Skype*) diretamente para coordenação da CMC e tentam argumentar para conseguir a vaga. Não conseguindo agendar, a solicitação é entregue ao usuário e este deverá voltar a USF/UBS na próxima data de marcação de consulta para especialista/exame, ou a solicitação é recolhida numa pasta e após marcação o usuário é avisado (via ACS).

Fluxo (7B) – Caso seja necessário uma consulta de retorno ou solicitado novo procedimento/exame pelo serviço de referência, o usuário deverá retornar a USF/UBS e agendar, ou então deverá ir diretamente à CMC (a CMC liga para o usuário quando conseguir a vaga/autorização) e/ou avisa via rádio local.

Fluxo (3A) – Caso o prestador não seja no Cenário 3 e para todas as solicitações feitas por USF “não informatizada”, a guia é recolhida e encaminhada por “malote” à CMC do Cenário 3.

Fluxos (4A¹) a (7A¹) – A CMC verifica se há cota nos prestadores locais (SISREG III) ou via regulação (*on-line*, sistema regional) com a CMC de Vitória da Conquista. Em caso negativo, verifica-se se a solicitação é urgente/prioridade, caso também não seja, a solicitação é recolhida numa pasta na CMC para agendá-la em data posterior. Caso tenha a vaga ou se trate de uma urgência/prioridade, para um prestador no Cenário 3, a solicitação é entregue a USF (não informatizada) e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Nos casos de urgência/prioridade para prestadores no Cenário 3, a CMC reserva uma cota mensal, caso tenha utilizado a reserva, a CMC recorre às cotas das USF/UBS, ainda não utilizadas, e agenda (independente da inscrição do usuário). Caso não tenha conseguido marcar com o prestador por falta de vaga, o usuário pode aguardar até que a CMC consiga novo aprazamento.

Fluxo (7A²) – Sendo o prestador em Vitória da Conquista. Caso tenha a vaga ou trate-se de uma urgência/prioridade (o técnico-marcador separa as diferentes solicitações por especialidade, por grupo de exames e procedimento, depois checa o motivo da solicitação, priorizando aqueles em que o profissional solicitante destaca como urgente ou que traz uma descrição que informa a necessidade de priorização). A solicitação (a depender do procedimento/exame, a autorização conterá orientações básicas de como se preparar para a consulta/procedimento) é entregue a USF/UBS e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Em caso de urgência/prioridade, mas sem a autorização imediata, a coordenadora da CMC liga diretamente para o médico regulador da CMC de Vitória da Conquista e negocia uma vaga. Geralmente, as autorizações seguem com uma observação que prevê uma vaga num transporte ofertado pelo município.

Fluxo (8A) – No prestador em Vitória da Conquista caso haja necessidade de retorno ou haja solicitação de exames complementares ou consulta com outra especialidade, o usuário deverá retornar a CMC do Cenário 3 para agendamento. Caso não necessite de retorno e tenha resultados de exames/procedimentos solicitados pela USF/UBS, buscará a USF/UBS. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxo (9A) – Caso não tenha sido agendado, independente do tempo de espera ou necessidade, alguns usuários não desejam aguardar o fluxo “normal”. Para tanto, fazem o desembolso direto a fim de agilizar as solicitações de consultas com especialistas, exames e/ou procedimentos e retornam aos serviços públicos. Usuários podem, ainda, acessar o serviço via clientelismo. Nesse caso, podem percorrer diferentes etapas do fluxograma, buscando outras formas de acesso ao serviço público. De maneira geral o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência.

- **Observações no fluxo assistencial no Cenário 3**

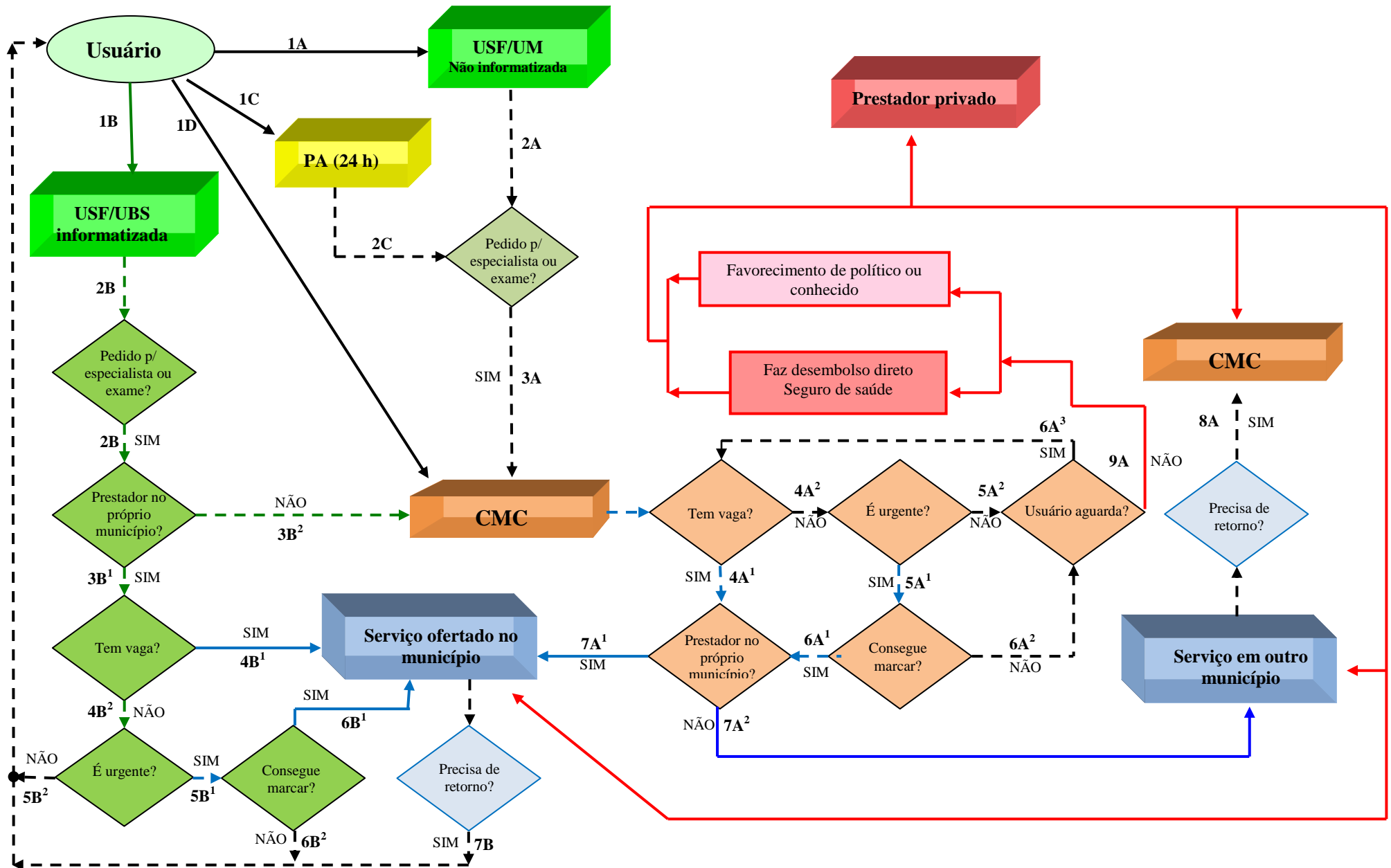
- ✓ Quando uma consulta/exame/procedimento é agendado, a CMC avisa numa rádio local, especialmente para as pessoas da zona rural. Outra forma é por meio dos ACS. Por conta de não ouvirem ou de não serem avisados a tempo, muitas pessoas acabam perdendo a consulta.
- ✓ Outra possibilidade para agilizar o acesso a consultas/exames especializados é encaminhar o usuário à SMS para procurar a secretaria de saúde e, assim, tentar conseguir uma vaga.

- ✓ Os especialistas dos serviços privados (não contratados) costumam solicitar outros exames/ procedimentos/ medicação, assim, alguns usuários retornam a USF/UBS, contudo, tais solicitações para serem aceitas na rede SUS precisam ser transcritas para uma “Guia SUS”, e o usuário terá que percorrer todo o itinerário. As solicitações do serviço privado criam demandas e vias paralelas à rede formal. Alguns profissionais que trabalham como prestadores do SUS e têm, também, consultórios particulares, muitas vezes atendem o usuário com desembolso direto, mas solicitam as consultas/procedimento sem “Guia SUS”.

FLUXOGRAMA DESCRITOR 3: (CENÁRIO 3)

Capítulo V

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da Microrregião de Vitória da Conquista



- **Quarto cenário**

Fluxos (1A) e (1B) – Usuários sentem a necessidade e buscam um serviço de saúde. O acesso pode ser por uma das 37 USF (zona rural ou urbana), contudo, o município possui 42% de cobertura de ESF (100% na zona rural), por isso a UBS (referência para áreas cobertas pelo PACS e sem ESF) é uma importante porta de entrada da atenção primária. Os usuários devem procurar as USF de segunda à sexta-feira, em horário comercial, contudo, quando buscam uma USF, caso a necessidade seja por uma consulta com o médico, encontram restrições, pois algumas EqSF estão sem médicos (rotatividade do profissional e dificuldade na contratação de novos), as USF, apesar de disporem formalmente desse profissional todos os dias (manhã e tarde) tem dificuldade em substituir o médico ou não consegue cobri-lo nas ausências (programadas ou não). Por sua vez, o acesso as UBS torna-se, ainda, mais restritivo por conta de grande demanda de usuários inscritos. As UBS atendem com médico generalista (clínico geral), ginecologista e pediatra, sendo as demandas direcionadas para cada profissional conforme a queixa do usuário. Por fim, na zona rural, além das USF, as áreas mais dispersas contam com “unidades satélite” com espaço para atendimento médico e de enfermagem, nessas localidades as EqSF deslocam-se e fazem o atendimento conforme agenda previamente organizada por ACS da microárea.

Fluxo (1C) – Para os dias em que as USF/UBS oficialmente não funcionam (feriados, finais de semana, à noite etc.) a população busca o pronto-atendimento (PA) no hospital, localizado na sede. Além disso, usuários que não conseguem atendimento nas USF/UBS por “falta de vaga” ou “ausência do profissional”, particularmente o médico, no dia da busca; aqueles que não procuram a USF/UBS, pois não a consideram como primeira escolha e outros usuários cuja necessidade é uma demanda que não pode ser resolvida nas USF/UBS procuram ou são encaminhadas ao PA/hospital. A dinâmica de atendimento por “queixa-conduta”, a “rapidez” no atendimento, a existência de médicos 24h por dia, a possibilidade de resolver problemas, inclusive, de pequenas urgências, fazem do PA uma porta de entrada utilizada frequentemente pela população.

Fluxo (1D) – Usuários com demandas por cuidados complexos, por exemplo, câncer ou submetidos a hemodiálise, quimioterapia ou, ainda, que realizam tratamento fora do domicílio (TFD) podem ir diretamente à CMC para marcação de consultas com especialistas (independente da cota de sua USF), pois são considerados prioritários na rede. Caso optem podem, também, fazer as solicitações via USF/UBS de sua área de abrangência.

Fluxos (2A), (2B) e (2C) – Após conseguirem uma consulta com o profissional de saúde na USF, UBS ou PA, caso haja solicitação de exames e/ou consultas com especialistas, o usuário recebe uma “Guia de Solicitação”. Há orientação (aos médicos) para que os atendimentos no PA não gerem solicitações de consultas com especialistas, ou seja, o usuário seja orientado a procurar uma USF/UBS. Todavia, essa conduta não é rigorosamente seguida, por conta disso, o PA, além de concorrer com a USF/UBS, conforma-se como grande geradora de demandas por especialidades (nem sempre bem fundamentadas) e, em alguns casos, origina duplicidade de solicitações, pois o usuário busca, simultaneamente, diferentes portas de entrada.

Fluxos (3B¹) a (4B¹) – Nas USF/UBS informatizadas, a recepção agenda diretamente, via sistema eletrônico de marcação de consultas (específico do município), segundo cotas pré-fixadas para cada unidade e para cada grupo de exames, procedimentos e consultas, caso o prestador ofereça o serviço na própria cidade. Caso o prestador seja em outro município ou a solicitação configure-se numa necessidade de “exame de alto custo”, as USF/UBS não fazem o agendamento diretamente, por isso, recolhem as guias de solicitação e encaminham à CMC. Caso haja a vaga disponível, o usuário recebe a guia autorizada e deverá procurar o serviço conforme agendamento.

Fluxos de (4B²) a (6B³) – Quando não há vaga, os marcadores das USF/UBS informatizadas tentam regular no próprio sistema eletrônico, colocando a necessidade de prioridade e esperam a resposta da CMC. Em algumas circunstâncias (urgências, por exemplo), os profissionais ligam ou vão diretamente à CMC e tentam argumentar para conseguir a vaga. Não conseguindo agendar, há diferentes modos de organização nas unidades: a solicitação é entregue ao usuário e este deverá voltar a USF/UBS na próxima data de marcação de consulta para especialista/exame, ou a solicitação é recolhida numa pasta e após marcação o usuário é avisado via ACS. Caso seja necessária uma consulta de retorno ou solicitado novo procedimento/exame pelo serviço de referência, o usuário deverá retornar com a guia e tentar agendar na USF/UBS.

Fluxo (3A) – Caso o prestador não seja na cidade e para todas as solicitações feitas por USF/UBS “não informatizada”, a guia é recolhida e encaminhada por “malote” à CMC.

Fluxos (4A¹) a (6A¹) – A CMC verifica se há cota nos prestadores locais ou com a CMC de outro município pactuado. Em caso negativo, verifica se a solicitação é urgente/prioridade, caso não seja, é devolvida a USF/UBS e esta deverá procurar a CMC para agendá-la em data posterior. Caso tenha a vaga ou se trate de uma urgência/prioridade, para um prestador na cidade, a solicitação após autorizada é entregue a USF (não informatizada) e

esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Nos casos de urgência/prioridade para prestadores na cidade, a CMC reserva uma cota mensal, caso tenha utilizado a reserva, a CMC recorre às cotas das USF/UBS, ainda não utilizadas, e agenda (independente da adscrição do usuário).

Fluxo (6A²) – Caso não tenha conseguido marcar com o prestador por falta de vaga, o usuário pode aguardar até que a CMC consiga novo aprazamento.

Fluxos (7A¹) e (7A²) – Para um prestador da cidade ou fora de Vitória da Conquista, a solicitação (a depender do procedimento/exame) é entregue a USF/UBS e esta encaminha ao usuário, via ACS, para que o mesmo procure o serviço. Em caso de urgência/prioridade, mas sem a autorização imediata (em outra cidade), a coordenadora da CMC liga diretamente para o médico regulador e negocia uma vaga.

Fluxo (8A) – No prestador fora de Vitória da Conquista caso haja necessidade de retorno, haja solicitação de exames complementares ou consulta com outra especialidade, o usuário poderá retornar, diretamente, a CMC para agendamento. O usuário terá que percorrer todo o itinerário novamente caso necessite de novos cuidados em unidades especializadas.

Fluxo (9A) – Caso não tenha sido agendado, independente do tempo de espera ou necessidade, alguns usuários não desejam aguardar o fluxo “normal”. Para tanto, fazem o desembolso direto a fim de agilizar as solicitações de consultas com especialistas, exames e/ou procedimentos e retornam aos serviços públicos. Usuários podem, ainda, acessar o serviço via clientelismo político ou favorecimento pessoal. Nesses casos, podem abreviar diferentes etapas do fluxo e conseguir outras formas de acesso ao serviço público especializado. Para tanto, o usuário contorna toda lógica de fluxo assistencial, criando novos circuitos de acordo com sua conveniência.

- **Observações no fluxo assistencial no Cenário 4**

- ✓ Quando uma consulta/exame/procedimento é aprazado, a CMC encaminha por malote às USF/UBS da zona urbana ou deixa numa pasta disponível na SMS às equipes da zona rural. As equipes da zona rural passam diariamente na SMS e recolhem as pastas.
- ✓ Caso a guia seja gerada num PA, o usuário deverá levá-la a uma USF/UBS da área de abrangência e aguardar agendamento conforme cota da sua unidade.
- ✓ As cotas disponíveis às USF/UBS são quantidades previstas/variáveis, ou seja, podem não corresponder à realidade, pois a CMC pode fazer uso dessas cotas em caso de

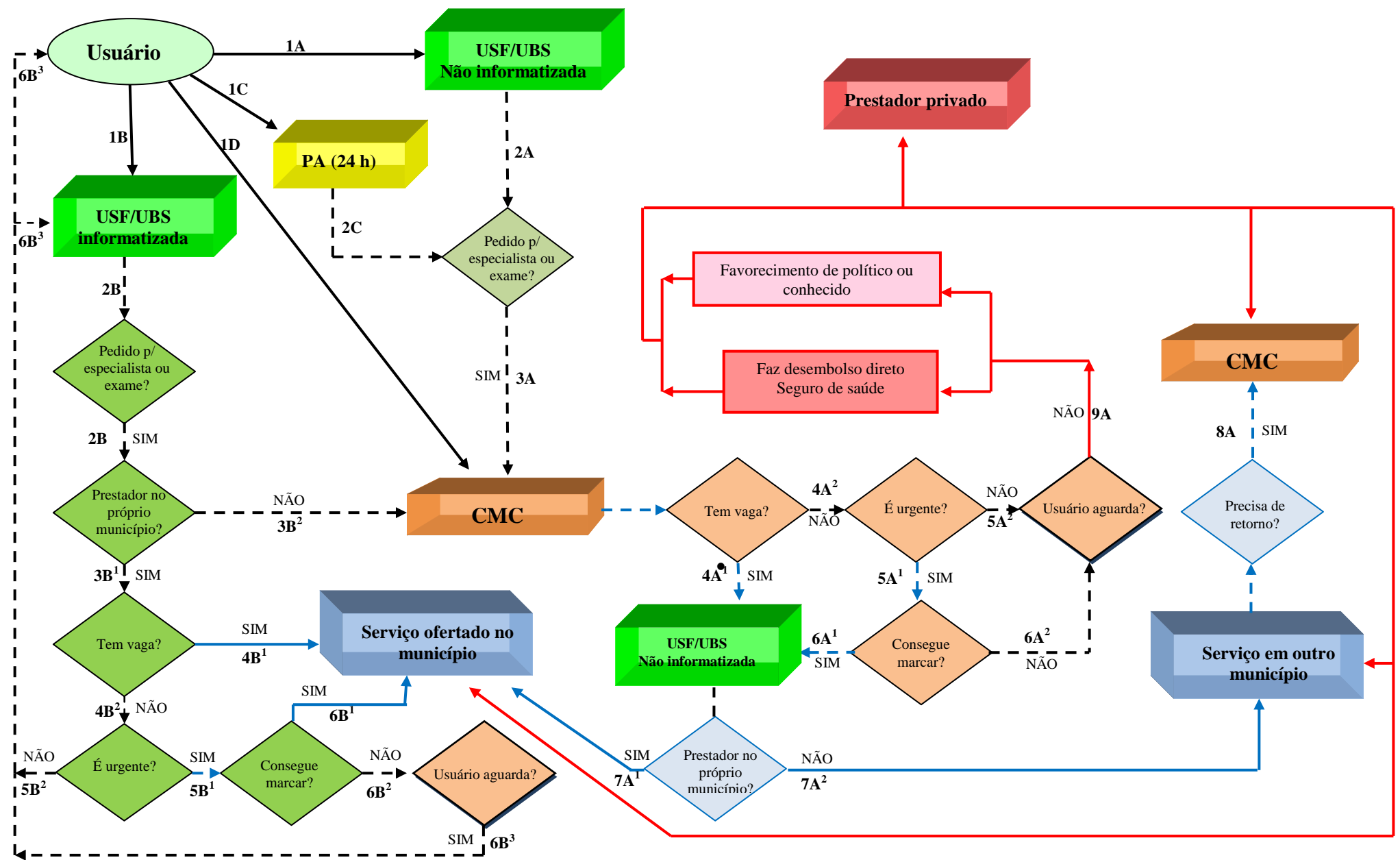
necessidade urgente de outra USF/UBS. Caso o profissional especialista esteja de férias ou algum outro impedimento para realizar os procedimentos a cota é reduzida. Por sua vez, caso haja excedente de oferta, a CMC entra em contato com as USF/UBS e redistribui as cotas.

- ✓ Os médicos especialistas em ginecologia e pediatria das USB não são regulados pela CMC. As agendas desses profissionais são organizadas pela própria UBS, contudo, caso haja necessidade dessa especialidade para outras USF, as equipes tentam disponibilizar algumas vagas por meio de contatos informais.
- ✓ Para alguns procedimentos e exames laboratoriais a oferta é livre (sem cotas) para todas as USF/UBS.
- ✓ É comum que profissionais recomendem aos usuários que busquem “adiantar” determinados procedimentos/exames (pela via privada) para oportunizar o cuidado num tempo.

FLUXOGRAMA DESCRITOR 4: (CENÁRIO VITÓRIA DA CONQUISTA)

Capítulo V

Trajetória para acessar pontos de atenção secundária e os sistemas de apoio na rede de atenção da Microrregião de Vitória da Conquista



5.6 Matriz Síntese dos Resultados: dimensões IV, V, VI e VII

Nível político-institucional	Nível organizacional	Nível das práticas
Dimensão IV – Rede de estabelecimentos extensa e diversificada (pontos de atenção secundária e terciária)		
Suficiência da oferta pública de serviços da atenção especializada e hospitalar		
<p>Iniciativas da SESAB para aumentar a oferta pública de serviços: Programa Saúde em Movimento (mutirão de consultas oftalmológicas, cirurgia de catarata e pterígio; mutirão para rastreamento do câncer de mama). Descentralização para as microrregiões, de Laboratórios de Saúde Pública. Início da implantação da Rede Cegonha. Reforma, qualificação e ampliação do número de leitos nos hospitais públicos regionais. Requalificação e ampliação do número de UTI regionais. Ampliação do número de Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratórios de Próteses Dentárias. Construção de UPA em todo estado. Primeiras residências em neurocirurgia no Hospital São Rafael, Hospital Geral do Estado e Hospital Geral Roberto Santos. Internação domiciliar</p>	<p>As escalas mínimas capazes de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade na Microrregião ficam restritas aos tetos financeiros de cada município e as pactuações por série histórica. A dificuldade na oferta de algumas especialidades e a dependência da oferta privada complementar ao SUS geram distorções na oferta e organização de serviços na região</p>	
	<p>Não há movimentos regionais, no CGMR, para integração horizontal para obter ganhos de escala por meio de fusões ou alianças estratégicas entre serviços na Microrregião. Há disputas entre os municípios por recursos e unidades em seus territórios, comprometendo a organização da rede regionalizada</p>	
	<p>Não há debate no CGMR para substituição dos pontos de atenção à saúde (com baixa escala) para organizar e prestar a atenção certa no lugar certo na Microrregião</p>	
	<p>Não há critérios definidos para priorização e organização dos serviços especializados na Microrregião</p>	
	<p>Habilitação do Hospital Geral de Vitória da Conquista como UNACON com radioterapia. São 1224 leitos SUS, sendo 708 leitos próprios na Microrregião. Sendo um hospital público regional e 10 hospitais públicos de pequeno porte localizados entre os municípios da Microrregião</p>	
	<p>A Microrregião possui 59 leitos de UTI (adulto + pediátrico + neonatal), sendo 36 leitos destinados ao SUS e 32 leitos próprios de UTI</p>	
	<p>Existência de UPA regional em Poções. Outras UPA estão em construção</p>	
	<p>Não há critérios definidos na microrregião para incorporação tecnológica nos serviços de saúde. A baixa oferta de algumas especialidades e a forte</p>	

Capítulo V

	dependência do prestador privado induzem a incorporação “acrítica” de serviços/equipamentos	
	Existem serviços alternativos na área ambulatorial: mutirões para diminuir filas de espera em serviços especializados e algumas cirurgias realizadas pontualmente em alguns municípios	
	Existe e está em funcionamento bases regionalizadas de SAMU. O SAMU-192 está espacialmente distribuído em sete cidades da microrregião: Anagé, Belo Campo, Cândido Sales, Condeúba, Maetinga, Poções e Vitória da Conquista	SAMU pode ser solicitado por profissionais das EqSF mediante ligação do 192 para base mais próxima do município, pois o SAMU é regionalizado. A própria população aciona o serviço, particularmente nos horário e turno sem funcionamento das USF
Principal propriedade dos prestadores de serviço de saúde para atenção especializada		
Há construção, pela SESAB, de novos hospitais públicos regionais. SESAB tem outras iniciativas como: requalificação dos hospitais de pequeno porte nas regiões de saúde; implantação de Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPS – IA) estadual	<p>O CEMAE é o principal centro público de especialidades para atender a demanda regional na Microrregião. Há outras unidades públicas, em outros municípios da Microrregião, que ofertam especialidades ou contratam serviços diretamente de profissionais especialistas, mas com oferta residual</p> <p>Os prestadores públicos municipais e estaduais (rede própria) não ofertam serviços que garantam atender as necessidades da população da região de saúde. Por isso, contratam serviços de prestadores privados que ocupam uma importante proporção da oferta de serviços, sobretudo os mais lucrativos</p>	[Não foi possível identificar esse critério]
Dimensão V – Dispositivos de regulação assistencial regional (mecanismos de integração)		
Sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados		
Ampliação do quadro de pessoal da Central Estadual de Regulação (CER) de 330 para 417. Aumento no número de médicos reguladores	Existe e está em funcionamento, em Vitória da Conquista, central informatizada de regulação e marcação de consultas e exames especializados para Microrregião	EqSF agendam consultas, quando informatizadas, na própria unidade de saúde (com exceção de exames de alto-custo e para fora do município de residência do usuário). EqSF, com USF não informatizadas, solicitam as consultas por “guia de solicitação” à CMC local. As CMC nos pequenos municípios estão conectados com a CMC regional e estadual e agendam consultas <i>on-line</i> conforme disponibilidade de vagas
Sistema de regulação e controle de leitos e internações		

Capítulo V

Assessoramento da SESAB aos municípios para implementação do Sistema de Regulação da Saúde. SESAB propõe cooperação técnica com os municípios em regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde.	Existe e está em funcionamento, em Vitória da Conquista, central de regulação e controle de leitos e internações para a Microrregião. Todavia, as informações disponíveis ao médico regulador são insuficientes para adequado controle dos leitos livres. Alguns profissionais em hospitais (públicos ou contratados) utilizam leitos sem prévia autorização do médico regulador, comprometendo as prioridades e a regulação regional. Curso, promovido pelo MS, de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, sendo selecionados oito municípios da Microrregião (Vitória da Conquista, Barra do Choça, Belo Campo, Presidente Jânio Quadros, Poções, Tremedal, Encruzilhada e Cândido Sales)	Os municípios de pequeno porte solicitam internamento de usuário que precisam de cuidados hospitalares à central de regulação de leitos e internação, em Vitória da Conquista, por meio de sua CMC local, por meio de hospital de pequeno porte localizado em seu território ou, ainda, por unidade de SAMU-192 (todos transmitem um fax para o médico regulador)
Instrumentos para continuidade do cuidado entre os níveis de atenção		
SESAB propõe a informatização das UBS/USF, viabilizando a implantação de prontuários eletrônicos e outras tecnologias de informação e comunicação, a exemplo do Telessaúde	Existência incipiente de instrumentos de referência e contrarreferência nos municípios da Microrregião, mas como decisão individual de cada secretaria de saúde. Não há planejamento, nem discussão que preveja a utilização desses instrumentos de forma integrada na rede regional	Existência em alguns municípios e uso incipiente de instrumentos de referência e contrarreferência entre EqSF e serviços especializados na Microrregião. Os profissionais são resistentes ao uso desse instrumento, particularmente o médico da atenção especializada
		Formalmente a relação entre EqSF e outros profissionais deve ser feita por referência e contrarreferência, todavia, praticamente não acontece. De maneira informal para melhorar a assistência ao usuário alguns profissionais ligam para os colegas (quando têm alguma amizade), solicitam a intermediação da SMS ou coordenadores de centros de especialidade/ hospitais em casos que precisam resolver prioridades. Há contatos entre os profissionais quando esses trabalham na ESF e, também, em outros serviços da rede
	Não há prontuário eletrônico na Microrregião	Não há disponibilidade de prontuário eletrônico nas USF/UBS da Microrregião
	Existência de protocolos clínicos na Microrregião disponibilizados pelo MS e SESAB. Contudo, não há um movimento entre os secretários para formulação de protocolos regionais, sendo as iniciativas dependentes de cada município isoladamente	O uso de protocolos clínicos pelas EqSF para facilitar e garantir condutas clínicas “mais seguras” e integradas à região de saúde é restrito a poucos profissionais que aderem a essa conduta. Os protocolos utilizados são ministeriais ou propostos pela SESAB. As solicitações de consultas/exames especializados não são balizados por protocolos clínicos
Fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência		
Não há estratégia institucional definida	Não existe monitoramento das filas de espera para atenção especializada e	Existe o monitoramento de lista de espera para consulta e exames

Capítulo V

para monitoramento das filas de espera para atenção especializada na região de saúde	mecanismo para sua redução na Microrregião. A decisão pelo monitoramento não é debatida no CGMR sendo residual e dependente da decisão de cada município e/ou equipe de profissionais	especializados pela EqSF na USF/UBS em algumas cidades da Microrregião. A falta de informatização das unidades dificulta esse processo
SESAB propõe a rede de urgência e emergência integrada às linhas de cuidado e orienta a implantação da Rede Cegonha	Existe fluxo formalizado para acesso à atenção especializada, hospitalar e serviços de ponto-atendimento na região de saúde. A rede de urgência e emergência está bem avançada e há discussão avançada sobre Rede Cegonha. Houve capacitação de profissionais para linhas de cuidado, mas o processo encontra-se pouco difundido na Microrregião. Apesar dos fluxos formais, há inúmeros desvios de trajetórias, sendo uma pauta de reclamação frequente no CGMR	A porta de entrada formal e preferencial para acesso aos serviços especializados e hospitalares são as unidades de APS. Para os casos de urgência e emergência o pronto-atendimento e o pronto-socorro são as vias de primeira escolha. O fluxo é estabelecido mediante solicitação médica e autorização por central de regulação regional ou local. Os usuários, por conta de longos tempos de espera, estabelecem outros circuitos para facilitar o acesso aos serviços especializados e hospitalares (via judicial, clientelismo, pagamento direto etc.)
Dimensão VI – Sistema de apoio à atenção		
Sistemas de informação integrados		
Não há uma estratégia institucional clara da SESAB para integração e utilização das informações para a gestão regional. Contudo, há metas definidas para uma PPI revisada, adequada e monitorada periodicamente. Monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. Tecnologia da informação e informática implementada na SESAB. DIRES reestruturadas na perspectiva da integração das estruturas gerenciais do governo no âmbito regional	Os sistemas de informação não são integrados e não há compartilhamento de informação entre os variados pontos da rede na região de saúde. A DIRES busca agregar informações e compartilhar entre os municípios, bem como as diretorias que compõe a SESAB. Todavia, essas informações não são geradas no CGMR, nem há movimento em direção ao uso de informações regionais para planejamento regional. Os dados são produzidos e utilizados por municípios isoladamente	Há disponibilidade variável das informações e uso restritos das informações nos municípios. Os sistemas de informação não são utilizados para gestão das ações no cuidado por EqSF, ou estão na dependência pessoal de alguns profissionais
Sistema de assistência farmacêutica na rede		
SESAB propõe a ampliação do acesso e qualificação do componente Básico da Assistência Farmacêutica. Ampliação do acesso a Medicamentos dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica e Nutricêuticos. Dispensação de Medicamentos em Caráter Especial. Desenvolvimento do Centro de Informação sobre Medicamentos da Bahia (CIMBAHIA). Implementação da Rede	Secretários de saúde alegam dificuldade no acesso aos medicamentos da Atenção Básica junto ao Estado e ressaltam o prejuízo causando após as trocas de alguns medicamentos do elenco estadual. A assistência farmacêutica, ainda, não é adequada às necessidades regionais. Municípios foram sensibilizados no CGMR para adesão ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica que prevê recursos de custeio e estruturação da assistência farmacêutica	[Não foi analisado a assistência farmacêutica no nível das práticas]
		[Não foi analisado a assistência farmacêutica no nível das práticas]

Capítulo V

Baiana de Farmácia Popular. Profissionais da Assistência Farmacêutica qualificados		[Não foi analisado a assistência farmacêutica no nível das práticas]
Sistema de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) na rede		
[Não foi encontrado nos documentos analisados a estratégia estadual para distribuição e/ou oferta adequada de SADT]	A região de saúde disponibiliza SADT público, mas a oferta para maioria dos procedimentos é insuficiente, pois os critérios de oferta via PPI não expressam a necessidade da população. A presença privada na prestação de serviços onera os valores dos serviços diminuindo o poder de compra dos municípios que, por sua vez, agrave-se pelo subfinanciamento do SUS	Usuários acessam o SADT mediante solicitação de profissional (preferencialmente da APS) e regulado por CMC locais ou regionais. Os longos tempos de espera para alguns exames/procedimentos abrem espaço para acesso via clientelismo ou via “atravessadores” sem critério clínico de prioridade
Sistema de tecnologia de comunicação (Telessaúde)		
Informatização das USF/UBS e implantação de telessaúde para qualificação da APS em todos os municípios do estado, como Política Estadual de Atenção Básica.	Existência e uso de telediagnóstico no CEMAE. Uso de sistemas de educação à distância na qualificação de profissionais de saúde na Microrregião (com foco nas linhas do cuidado)	Não há uso de telessaúde nas USF/UBS para apoio clínico e/ou pedagógico aos profissionais de saúde. A conectividade das USF/UBS, ainda, é muito incipiente dificultando a utilização de recursos informacionais
Dimensão VII – Sistema logístico		
Sistema de transporte sanitário		
SESAB tem como iniciativa: ampliação do acesso da população ao TFD; ampliação da cobertura do SAMU regional (cobertura de 77,4% na Bahia); ampliação da frota de ambulâncias; transporte seguro de neonatos em situação de risco implantado no SAMU 192	Existe oferta e uso de transporte para realização de cuidados eletivos, por usuários, na Microrregião, mas sob responsabilidade e disposição de cada município. Sendo Vitória da Conquista o principal destino para usuários de outros municípios. Não é um sistema de transporte integrado com os serviços ou planejado na perspectiva da rede	Critério variável para utilização de transporte para realização de procedimentos eletivos entre os municípios da Microrregião. A prioridade, geralmente, é por dificuldade financeira para deslocamento. Verifica-se o uso político-partidário na disponibilização de transporte para alguns usuários
		Quantidade insuficiente e qualidade variável do transporte para cuidados eletivos entre os municípios
	Existe oferta e uso de transporte para realização de consulta/exames rotineiros na Microrregião, mas sob responsabilidade e disposição de cada município. Sendo Vitória da Conquista o principal destino para usuários de outros municípios. Não é um sistema de transporte integrado com os serviços ou planejado na perspectiva da rede	Critério variável para utilização de transporte para realização de consulta/exames rotineiros entre os municípios da Microrregião. O transporte para serviços de hemodiálise, quimioterapia, fisioterapia são referidos como prioritários entre os municípios
		Quantidade insuficiente e qualidade variável do transporte para cuidados rotineiros entre os municípios

Capítulo V

Identificação de usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região		
Sensibilização dos secretários de saúde, no CGMR, para ampliação do cadastro do Cartão SUS. AIH de urgência deverá ter o CNS devendo ser apresentado até a alta do paciente	Há cadastramento para identificação (Cartão SUS) das pessoas usuárias na Microrregião, mas com utilização parcial	A utilização do cartão SUS não é requisito para identificação/agendamento do usuário nos diversos pontos da rede na Microrregião. Apenas o agendamento de exame/procedimento de alto-custo, hospitalizações e benefício para TFD requerem o Cartão SUS
Sensibilização dos gestores municipais nas reuniões do CGMR. Suporte de técnicos para dirimirem as dúvidas de gestores municipais e qualificar o sistema de informação	Os cadastros de estabelecimentos e profissionais estão desatualizados e com informações divergentes. Os diferentes sistemas de informação têm dados parciais e não há informações específicas sobre a Microrregião. A rotatividade dos profissionais, duplo vínculo, além da nomenclatura não uniforme utilizada para cadastrar os diferentes serviços geram dificuldades para identificá-los e conhecer a real capacidade instalada na Microrregião. Em reunião no CGMR foi mostrado que dos 649 estabelecimentos na Microrregião, 37% foram atualizados, havendo necessidade de melhorar o processo de atualização	-

Nota: Cada célula da *matriz síntese* tem correspondência com os critérios listados na *matriz de análise*.

CAPÍTULO VI – GESTÃO DO CUIDADO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA (BAHIA): ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS REGIONALIZADOS?

6.1 Governança na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista: estratégias e disputas na gestão do cuidado

A análise realizada revelou que, apesar da Microrregião de Vitória da Conquista apresentar reuniões regulares do CGMR, em 2011, a dinâmica dos sujeitos na formulação e condução das pautas implicou em avanços tímidos em relação ao fortalecimento da rede regional de serviços de saúde, com subaproveitamento do colegiado, por reduzir as reuniões a discussões pontuais e reativas. Nesse sentido, o colegiado regional permaneceu como recinto burocrático, com pautas induzidas por políticas nacional e estadual com insuficiência de espaço para diálogo sobre as causas dos problemas específicos da região, com características análogas às observadas por Ianni et al. (2012) na região de saúde da Baixada Santista. As plenárias sofreram influência negativa por conta dos atrasos e ausências dos membros efetivos, desatenção e, muitas vezes, desinteresse dos secretários de saúde em debater assuntos de cunho regional, restringindo sua participação e colaboração às pautas de interesse de seu município, posicionando a regionalização, contraditoriamente, em segundo plano.

No caso estudado, a formação profissional dos secretários de saúde em diversas áreas, nem sempre relacionada à saúde, interferiu na compreensão de temas relevantes debatidos em plenária, levando muitos gestores a omitirem sua opinião, cedendo espaço aos secretários com alguma formação na área e/ou com longo tempo na função (mesmo sem formação específica) e que acumulavam o saber da experiência. No colegiado regional, de modo geral, os debates eram abreviados para caber no curto espaço de tempo (resultado dos atrasos) destinado às reuniões, bem como, as pautas relacionadas à apresentação de novas políticas de saúde não contavam com a audiência dos gestores que se dispersavam frequentemente, retornando a plenária para os momentos de aprovação e homologação de projetos, centrados mais nos ritos administrativos que na perspectiva de planejamento ou avaliação regional. Nessa perspectiva, a formação insuficiente para gestão em saúde, ratificada por Junqueira et al. (2010) numa macrorregião de saúde, em Minas Gerais, implica não apenas na competência técnica para a função desempenhada, mas, também, na capacidade de gestão dos dirigentes locais, sendo

que, o mecanismo de governança regional, em cenário de competição e conflito entre os entes subnacionais, acirrada pelos interesses privados dentro do próprio sistema público, tende a forjar uma rede pouco solidária, legitimando as brechas para que interesses particulares sobreponham-se às prerrogativas de um sistema público universal.

Em estudo com secretários de saúde de vinte cidades paulistas, Cecílio et al. (2007) constataram baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde, atrelada, igualmente, ao predomínio de gestores sem formação, sem experiência na gestão pública ou mesmo sem entendimento do que é o SUS, assim, segundo resultados do estudo era *“escassa a compreensão do SUS como política pública e de que o gestor municipal teria como eixo de sua prática a garantia de tal política no nível municipal. [...] os gestores municipais, de um modo geral, desconhecem a história de lutas e da construção do SUS. As concepções do SUS variam do ‘SUS é prevenção’ ao ‘SUS como plano de saúde’. [...] Isso, somado ao despreparo e ao descompromisso ideológico com o ‘SUS enquanto política’ é um importante problema a ser enfrentado”* (Cecílio et al., 2007, p.204).

A baixa autonomia dos gestores da saúde em relação ao executivo municipal, também, representou uma barreira para fortalecimento das decisões colegiadas que, somadas às assimetrias de poder técnico e político, atrelavam as deliberações ao critério político-partidário acima do técnico. Sob essa questão, Lotufo e Miranda (2007, p.1146), diante dos resultados de pesquisa empírica com 36 gestores de doze estados, argumentam que *“as prerrogativas de poder e autonomia institucional desses gestores de saúde, e seu capital político, provêm de uma delegação indireta e de uma relação contratual (informal) de confiança com aqueles gestores públicos que detêm a autoridade política formal de um mandato eletivo. Portanto, o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega as prerrogativas de poder decisório e delimita as suas margens de autonomia política”*.

Um ponto crítico na rede de serviços na microrregião foi a constatação de atravessadores/despachantes contratados pelas secretarias de saúde para agilizar o acesso aos serviços especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ou cirúrgico em outros municípios mediante pagamento (taxas e bonificações) direto a médicos por procedimentos já custeados pelo SUS, sendo questões, novamente, reiteradas na investigação de Cecílio et al. (2007). Outras situações de uso indevido dos serviços públicos de saúde, também, foram evidenciadas por Coelho (2011) em duas microrregiões do Espírito Santo, que constatou dupla porta de entrada em hospitais contratados pelo SUS, agendamentos que contornavam a regulação oficial e utilização de leito SUS por usuários de seguro privado. Além disso, caso ainda mais dramático foi evidenciado por Alves (2010) ao investigar a trajetória de usuárias

aos serviços de cirurgia bariátrica, em Florianópolis, e defrontar-se com mulheres que precisavam se submeter ao clientelismo político-partidário e ainda realizar pagamento paralelo na rede SUS para lograr acesso ao serviço cirúrgico, além do pré e pós-operatórios.

Todas essas circunstâncias resultantes de assimetrias de poder (político, econômico e simbólico) entre governantes, gestores, profissionais da saúde e usuários estão impressas no cotidiano das relações sociais, em territórios com populações em fragilidade socioeconômica e desprovidas de políticas sociais universais de fato – ainda que formalmente definidas – numa explícita restrição da cidadania (Pase; Müller e Morais, 2012). Por outro lado, D’Ávila Filho (2003) faz um contraponto e afirma que as relações clientelistas não são exclusividade de regiões ou países supostamente “menos desenvolvidos”, posto que o clientelismo ganha sofisticação e engenhosidade e invade as porosidades das organizações sociais em todas as direções buscando a hegemonia de poder e a dominação como artefatos para alargamento das assimetrias e, por conseguinte, perpetuação das relações patrimonialistas e personalistas, com conseqüente privatização do que é público. Contudo, esse mesmo autor, destaca que o fenômeno das trocas clientelistas, externado pela apropriação privada de recursos públicos, é mais insidioso quando os direitos sociais não são universais ou estão, apenas, formalizados na lei, onde “a estrutura da sociedade é fraca e incapaz de fornecer, de modo estável e constante, bens e serviços, principalmente aos níveis mais baixos da população” (D’Ávila Filho, 2003, p.5).

Com efeito, a insuficiência na oferta pública de vagas e os longos tempos de espera para acesso aos serviços especializados no SUS pressionam os usuários a buscarem alternativas por meio do desembolso direto, seguro privado de saúde ou mediante privilégios de profissionais da rede e/ou apadrinhamento político, contornando a regulação formal do acesso. Tais questões, igualmente, evidenciadas por Cecílio et al. (2007), são atribuídas e justificadas pelos gestores, no nosso estudo, e, ainda, corroboradas na investigação de Spedo, Pinto e Tanaka (2010), ao subfinanciamento do SUS. Os recursos financeiros insuficientes não conseguem viabilizar o cumprimento da programação pactuada, nem o aumento da oferta pública própria na rede e, paradoxalmente, impõe ao gestor público a compra de serviços no mercado da saúde por valores acima da Tabela Unificada do SUS, posto que os preços cobrados por prestadores privados são inflacionados livremente, também, pela demanda pública. Em estudo realizado em Porto Alegre, Lima (2005, p.74) constatou, também, um grande poder de barganha dos prestadores privados e “*um conflito de interesses entre as necessidades do sistema público que, para garantir a integralidade das ações de saúde, precisa dispor dos serviços da rede privada, e os interesses do gestor privado que procura*

influenciar na gestão da política de saúde regulando a oferta de serviços, incentivando uma sobreoferta dos procedimentos mais lucrativos”.

Apesar desses problemas, não constatamos, no CGMR-VC, mecanismos para coibir as arbitrariedades dos prestadores privados como a majoração dos valores cobrados ao SUS e cobranças diretas aos usuários. De modo semelhante, Coelho (2011); Assis et al. (2009) e Lima (2005), também, revelam que os prestadores privados organizam-se e buscam preencher as lacunas assistenciais do SUS, ocupando nichos mais lucrativos e estratégicos, exercendo grande atratividade para novas demandas e forte influência política, técnica e simbólica nos sistemas públicos. Apesar disso, as estratégias regionais para fortalecimento da rede própria são geralmente tímidas e os gestores municipais não conseguem regular adequadamente o setor privado da saúde. Por sua vez, os gestores no colegiado microrregional, no caso estudado, centram o debate em torno da alocação de recursos; da não prestação de parte dos serviços previamente pactuados, pelos municípios que deveriam executá-los; na dificuldade de contratação e fixação de médicos para diferentes serviços; e na indisponibilidade de leitos nos hospitais de referência. Ainda que reconheçam a insuficiência da oferta não se debruçam sobre um planejamento regional que enfrente tais gargalos. Além disso, não há equipes técnicas regionais permanentes (Câmara Técnica), internas ao colegiado, que despendam esforços para analisar e propor estratégias para fortalecimento da rede regional, bem como a superação de problemas comuns e que tematizem tais propostas nas plenárias.

Ao mesmo tempo, o colegiado regional apresentou-se, também, como espaço de interlocução entre gestores com distintas visões e projetos, sobretudo quando a norma legal nacional ou estadual exige uma discussão regional. Os fluxos para aprovação de novos programas e políticas locorregionais exigem que os gestores exponham em plenária seus projetos para apreciação dos demais membros do colegiado. Deste modo, mesmo com a prerrogativa da autonomia municipal, o colegiado passou a balizar as relações intermunicipais, ao ter que definir, via negociação e consenso, os sítios para expansão e adensamento da oferta na rede regionalizada, particularmente na definição das redes temáticas de urgência e emergência (SAMU regional) e rede materno-infantil (Rede Cegonha). Essa característica é um desdobramento da política de regionalização do estado na qual, segundo Viana e Lima (2010b, p.26), *“ressaltam-se as dificuldades relacionadas à configuração de redes assistenciais [...] devido às dificuldades de integração dos serviços e aos vazios assistenciais existentes no estado, com elevada concentração da alta complexidade na capital. A área de maior avanço é a da urgência, que se beneficiou de recursos federais transferidos pelo MS”.*

Além disso, mesmo os projetos de caráter mais municipal (NASF, ESB, ESF, Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola etc.), também, são apresentados nas reuniões, requerendo a aprovação no colegiado regional como requisito para obter os recursos estaduais e federais. Em virtude disso, mesmo sendo um espaço burocrático e, em certa medida, ritualístico para lograr investimentos, o colegiado funciona como espaço de compartilhamento na formulação de projetos e, potencialmente, desempenha um papel pedagógico entre seus membros, coincidindo com as evidências encontradas por Ianni et al. (2012) e Assis et al. (2009).

Essa característica positiva do colegiado regional tem sido catalisada pela SESAB mediante indicação de técnicos com boa experiência na organização de redes como membro efetivo, o que contribui na qualificação dos debates e na condução das plenárias. Também, a DAB-SESAB, por meio dos apoiadores institucionais, e a 20ª DIRES têm contribuído para dirimir questões polêmicas e agregar os municípios em torno de projetos que requerem ampla adesão, como no caso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Por sua vez, os próprios municípios têm encaminhado profissionais das SMS para participarem das reuniões nas quais, tendo direito à voz, além de apoiarem tecnicamente os secretários, qualificam o debate para tomada de decisão.

Tais incongruências internas ao colegiado regional tensionam, em sentidos contrapostos, interesses particulares do poder local no âmbito municipal e necessidades regionais de cunho mais solidário. Corroborando os achados de Ianni et al. (2012, p.927) que argumentam que um dos desafios aos gestores do SUS é “*articular o processo de descentralização e regionalização em curso no SUS aos diferentes cenários políticos locais na perspectiva do rompimento do patrimonialismo local e da atuação autarquizada entre os níveis de governo*”. Por esse prisma, a governança na microrregião de Vitória da Conquista expressa essas ambiguidades, posto que interferências político-partidárias comprometem a construção de uma rede de serviços integrada, os prestadores privados exercem forte pressão sobre a oferta e o adensamento dos serviços, além disso, a participação social seja institucional, por meio dos CMS, ou por militância, não vocaliza criticamente os problemas da regionalização. Essa correlação de forças atravessa o colegiado regional *via-à-vis* os secretários de saúde serem os interlocutores e representantes dessas forças e fraquezas locais.

Neste contexto, o debate regional é permeado por questões superficiais e/ou urgentes (oferta insuficiente de serviços; majoração dos salários e procedimentos, particularmente de médicos; superlotação em hospitais; APS pouco resolutiva etc.), e, assim, os pontos fulcrais

como o planejamento da oferta regionalizada, a definição do modelo de atenção e a reorganização do processo de trabalho em saúde para produção do cuidado não aparecem ou permanecem marginais.

A regionalização sob a égide do Pacto pela Saúde presume uma rede de serviços de saúde interdependente com responsabilidade recíproca entre os entes subnacionais, mas sem que isso implique subordinação entre eles (Lima et al., 2012). Essa perspectiva, que pressupõe autonomia municipal e coordenação regional em sincronia com a pluralidade de sujeitos envolvidos na gestão regional, deve assumir o desenho de governança pública na rede de serviços de saúde. A governança requer, por sua vez, segundo Fleury e Ouverney (2007, p.65) “*arranjos compostos por atores públicos (subnacionais ou supranacionais), privados e públicos não-governamentais, onde a mobilização de recursos e de suporte de legitimidade por parte do Estado exige uma ação orientada por princípios diferentes daqueles utilizados em relações de mercado ou de autoridade racional-legal. O exercício da governança por meio de redes mostra a necessidade de construir relações de interdependência e intercâmbio de recursos com base numa visão de complementaridade de interesses e confiança*”.

Com efeito, a microrregião em estudo apresenta características, ainda, preliminares para uma governança regional. Do ponto de vista da institucionalidade, a existência do colegiado regional com funcionamento regular e de fluxos obrigatórios para captação de recursos e investimentos na região atrelados ao consenso do colegiado são mecanismos potentes para afirmar relações de corresponsabilidade. O aprendizado institucional fruto da dinâmica de participação no colegiado fortalece a gestão intergestores e apresenta-se como importante componente para construção da rede regionalizada. Em contraposição, o palco de governança limita-se ao recinto do colegiado que é instituído apenas por secretários de saúde, além disso, os demais sujeitos que conformam a rede regionalizada estabelecem interfaces hierárquicas e/ou informais no processo decisório, buscando defender seus interesses junto ao Estado ou influenciar suas decisões sobre políticas setoriais que os afetam, num cenário de recursos financeiros escassos.

Em síntese, as características apontadas na microrregião modelam uma rede regionalizada com padrão de governança *conflitante* e com institucionalidade *intermediária*, segundo tipologia proposta por Lima et al. (2012). Na governança do tipo *conflitante* a relação entre os atores é conflituosa e o contexto técnico-político tem baixa coordenação, enquanto que, a institucionalidade *intermediária* evidencia um processo cuja maturidade regional e integração entre os atores não se consolidaram ou são incipientes, mas há indicativos nessa direção (Albuquerque, Mello e Iozzi, 2011). No CGMR-VC, isso fica

explícito pela ausência de grupos técnicos de caráter permanente; carência de instrumento regional de planejamento e investimento; rotatividade dos secretários de saúde, notadamente a cada pleito municipal, comprometendo o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional; baixa autonomia dos secretários de saúde perante o executivo municipal (poucos são gestores do FMS); protagonismo da SESAB nas plenárias; e pautas induzidas por demandas ministeriais e estaduais em detrimento do planejamento e debate das questões locorregionais.

6.2 Posição da Estratégia Saúde da Família na Microrregião de Vitória da Conquista

Os resultados do estudo mostram que a posição da ESF na rede regionalizada como centro intercambiador (Mendes, 2010), lócus de primeiro contato e de busca regular, com profissionais acessíveis para a maioria das necessidades de saúde da população (Starfield, 2002) é limitada na região. A baixa cobertura real da Estratégia, a pouca disponibilidade de profissionais, particularmente, médicos, o insuficiente adensamento tecnológico das USF, baixa capacidade técnica dos profissionais, escassa oferta de serviços especializados e de apoio diagnóstico em tempo oportuno e da *matriz tecnológica* (Merhy, 2002) subjacente ao modelo de atenção em curso na microrregião condicionam a centralidade da APS. O modelo de atenção se mostrou procedimento-centrado e focado na doença (Bedrikow e Campos, 2011), em detrimento do *cuidado centrado na pessoa* (WHO, 2008a), conformando uma *clínica degradada* (Campos, 2003).

Ainda assim, o percurso mais comum do usuário do SUS, na microrregião, para acessar os serviços de especialidades e apoio diagnóstico e terapêutico é por meio das unidades de atenção primária. Mesmo não sendo a única porta de entrada ou o serviço de busca regular utilizado pelas pessoas para as necessidades incluídas no escopo da atenção primária, a exigência formal de uma guia de solicitação assinada por um médico da atenção primária para aceder aos demais níveis de atenção e a capilaridade das unidades no território tornam-nas os *loci* mais acessíveis. A problemática no caso estudado é a capacidade real dos profissionais de APS realizarem suas funções diante dos inúmeros constrangimentos que vimos constatando na gestão do cuidado microrregional.

Vários estudos defendem a posição de porta de entrada para APS, visto que, o papel dos profissionais, precipuamente médicos, com capacidade para resolver problemas nas

unidades de saúde e encaminhar adequadamente os usuários para serviços de referência de maior densidade, somente depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas por meio do mecanismo *gatekeeping* é um sinalizador de qualidade e adequação da posição da APS na rede de atenção, essencialmente quando esse papel permite a coordenação do cuidado entre níveis de atenção, busca a resolução do problema dos usuários com continuidade e não se caracteriza enquanto barreira de acesso oportuno (Giovanella, 2006; Starfield, Shi e Macinko, 2005; Gérvas e Fernández, 2005). Não obstante, o mecanismo de *gatekeeping* não é uma resposta inequívoca, visto que, a maioria dos estudos disponíveis avaliam o mecanismo *gatekeeping* na perspectiva do *managed care* estadunidense, focando na redução de gasto e diminuição na utilização de serviços especializados, enquanto que, investigações que relacionem essa função em sistemas universais e o impacto na saúde e na qualidade da atenção prestada ao usuário são muitas vezes inconclusivas (Garrido, Zentner e Busse, 2011). Ainda assim, Gérvas e Fernández (2005) discutem, mediante evidências em países europeus (Bélgica, Espanha e Suíça) e no Canadá, situações que destacam o melhor uso dos serviços especializados, menor quantidade de intervenções desnecessárias e coordenação adequada para o melhor cuidado do usuário, resultantes da presença do médico generalista na função de filtro e APS como porta de entrada preferencial.

No caso estudado, os profissionais da atenção primária, sobretudo médicos, são responsáveis pelas referências para outros pontos de atenção na rede SUS, por meio de formulários específicos (guias de solicitação), mediados por centrais reguladoras municipais ou regionais que, por sua vez, restringem a referência às regras administrativas sem qualquer possibilidade de escolha entre os prestadores (critério por disponibilidade do serviço), pelos profissionais ou usuários. Tal evidência atesta que os profissionais da APS, na microrregião pesquisada, agem como *gatekeeper* no sentido da obrigatoriedade de sua referência para que o usuário possa aceder a outros pontos mais adensados da rede de serviços de saúde, entretanto, sem lograr mecanismos articulados entre os profissionais dos diferentes níveis, ou seja, sem continuidade e sem coordenação do cuidado, limitados à função burocrática e constrangidos pela insuficiência de vagas/cotas. Ainda assim, não é possível conhecer quanto dos encaminhamentos ao especialista são necessários de fato, ou o oposto, quantos não foram encaminhados ou foram tardiamente referenciados por conta do represamento imposto por restrição de oferta.

Para Campos (2005), o grande desafio ao papel de filtro (*gatekeeper*) reside na diversidade formativa dos médicos, implicando capacidades distintas de assumirem a condição de resolver problemas na APS, sendo, por isso, a efetividade do mecanismo

gatekeeping dependente da formação prévia e continuada, condições de trabalho e disponibilidade diagnóstica e terapêutica para intervir em problemas concretos no cotidiano da APS. Depende, ainda, da cultura sanitária da população e suas trajetórias comuns para resolução de problemas, além do modelo de atenção à saúde que orienta o sistema de saúde.

Assim, a questão de filtro, no Brasil, torna-se desafiadora, posto que, para trabalhar nas EqSF, por exemplo, não há exigência de formação médica específica. Nesse sentido, um médico recém-formado ou especialista em qualquer área pode exercer a função de “médico da família/generalista”, conformando a ESF num mosaico de profissionais com (ou sem) distintas especialidades (Escorel et al., 2007), mas frequentemente insuficientes para lidar com a complexidade da APS (Leão e Caldeira, 2011) e, por conseguinte, com grande variabilidade na capacidade resolutiva e de encaminhamento para outros pontos da rede. Por sua vez, Kringos et al. (2010) encontram evidências que mostra que a oferta e distribuição do médicos de família, o tempo de sua consulta, a oferta de atenção primária (ou serviço de suporte) em horários alternativos e a abrangência dos serviços ofertados são características fundamentais que afetam os resultados da atenção primária.

Em traços gerais, em países europeus com sistemas universais, organizados por serviços nacionais de saúde, é comum que a porta de entrada seja uma unidade de APS, por meio de um profissional de primeiro contato, frequentemente médico, que utiliza a prerrogativa de filtro (*gatekeeper*) para encaminhamento dos usuários aos demais pontos da rede de saúde, facilitando, assim, a coordenação por um médico generalista (Boerma e Rico, 2006; Gérvas e Fernández, 2005; Kringos et al., 2012a). Por outro lado, mesmo países com forte organização via *gatekeeper*, com a APS posicionada formalmente como serviço de primeiro contato, há procura e contato inicial via emergência hospitalar (Giovanella, 2006). Em Portugal, por exemplo, país com APS forte (Kringos et al., 2012a), apesar da obrigatoriedade de registro num centro de saúde e consulta com médico de família para aceder aos serviços complementares, existe muito *by-pass* ao sistema (Biscaia et al., 2008).

Por sua vez, a organização da ESF na microrregião apresenta questões problemáticas relacionadas, também, à insuficiência de cobertura real e elevado número de pessoas cadastradas por equipe que, atrelados à baixa disponibilidade de médicos nas USF, dificultam o acesso oportuno de usuários aos serviços de APS, a despeito da cobertura formal da estratégia estar acima de 80% em quinze dos dezenove municípios, indicando que coberturas altas e potencialmente satisfatórias nem sempre se traduzem em melhor utilização da capacidade disponível (Cardoso e Vieira-da-Silva, 2012). Vale notar, contudo, que a própria expansão das equipes fica limitada pela baixa oferta de médicos e insuficiência no

financiamento que, paradoxalmente, são agravados com gastos com pagamento de salários de profissionais e pelos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Camargo Jr. et al., 2008; Ney e Rodrigues, 2012). Não por acaso, no Brasil, mesmo em territórios cobertos formalmente com EqSF, o primeiro acesso do usuário ocorre frequentemente, também, via emergência hospitalar e unidades de pronto-atendimento (Kovacs et al., 2005; Escorel et al., 2007; Mishima et al., 2010), consideradas portas de entrada na rede de serviços de saúde (Brasil, 2011a).

Uma informação relevante que perpassou os discursos de gestores, profissionais e usuários centrou-se na indisponibilidade de médicos para as ações e serviços na ESF, notadamente, nos menores municípios da microrregião e unidades localizadas na zona rural. A dificuldade de atração e fixação de médicos, atrelada à ausência de uma política consistente de gestão do trabalho abre espaço para inúmeros acordos informais, entre gestores e profissionais, que “autorizam” a redução na carga horária, flexibilização das funções a serem desenvolvidas na equipe, pagamento de salários acima da média, colaborando para aumentar a rotatividade desse profissional e a competição entre municípios, agravando a situação da ESF (Junqueira et al., 2010; Ney e Rodrigues, 2012).

A atração e fixação de médicos, para atuarem em unidades de APS, não é um problema exclusivo do Brasil, ao contrário, é um desafio na maioria dos países nos continentes americano (OPS, 2007b; Hernández e Gómez, 2011) e europeu (Gérvás e Borris, 2008; Kringos et al., 2012b). Nesse sentido, mesmo em países com pequenas dimensões, como Portugal, há dificuldades de atração desse profissional para atuação em unidades no interior do país, sobretudo, nas regiões rurais (Lapão e Dussault, 2012). Sob esse aspecto na região estudada superpõem-se três questões críticas da gestão do trabalho médico no SUS: a insuficiência do número de médicos em relação ao total da população, a distribuição desigual dos médicos nas diferentes regiões do país (grandes centros, pequenos municípios e zonas rurais) e a inadequada formação médica (graduação e pós-graduação) para atuação em atenção primária.

Em relação à distribuição de médicos (sem distinção de nível de atenção) na população, em 2009, o Brasil possuía 1,84 médicos por mil habitantes, sendo que na Bahia essa relação era de apenas 1,10/1000 (IDB, 2011). Há concentração de médicos nas regiões mais ricas do país: as maiores concentrações de médicos estão no Distrito Federal (3,80/1000), São Paulo (2,52/1000) e Rio de Janeiro (2,71/1000). Quando comparamos as grandes regiões, o Sudeste está em primeiro lugar (2,37/1000), enquanto que o Nordeste encontra-se na penúltima posição (1,12/1000) (IDB, 2011), o que mostra que essa questão é

ainda mais crítica no interior e zonas rurais, como na microrregião em análise. Por sua vez, países europeus com sistemas universais de saúde como Espanha (3,8/1000), Itália (3,7/1000), Portugal (3,8/1000) e Reino Unido (2,7/1000) (OECD, 2012) ostentam uma relação muito superior à brasileira.

Os dados brasileiros quando confrontados com países europeus com Sistemas Nacionais de Saúde, com cobertura universal, revelam a lacuna brasileira, mas, também, explicitam outros problemas, pois o Distrito Federal, São Paulo e Rio de Janeiro possuem uma relação mais próxima aos padrões europeus (concentração de médicos), sem, contudo, revelarem substancial diferença na prestação e organização dos serviços de APS. De acordo com a PNAD de 2008 (ICICT, 2013), coincidentemente, são os três estados com menores percentuais de pessoas que têm o posto ou centro de saúde como serviço de uso regular (37,2%; 48,5%; 43,6%, respectivamente) e com as menores coberturas da ESF (5,6%; 25,6%; 30,9%, respectivamente). Todavia, as comparações precisam ser vistas com cautela, porquanto, segundo Giovanella e Mendonça (2012) *“não existe norma global quanto ao número ideal de médicos, pois a necessidade desse profissional está condicionada à forma de organização do sistema de serviços de saúde e da participação e distribuição de tarefas com outros profissionais na equipe. Ainda assim, a comparação internacional permite mostrar que a oferta de médicos é insuficiente em diversas regiões do país”*.

A terceira questão refere-se à formação médica para atuação nas unidades de APS, posto que não há, salvo experiências isoladas, exigência de formação específica para inserção como profissional nas EqSF (Junqueira et al., 2010). Ao lado disso, o ponto mais problemático refere-se à pós-graduação/ residência médica em Medicina de Família e Comunidade (ou equivalente) como requisito para o trabalho em unidades de APS, posto que, apesar de ser considerada como padrão-ouro na formação médica para APS, trata-se de uma especialidade residual no conjunto das demais especialidades médicas no Brasil e demais países da América Latina (Harzheim, 2008). A favor desse requisito, Leão e Caldeira (2011) encontraram associação positiva entre EqSF que possuem profissionais com residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família e melhor desempenho dos atributos da APS, quando comparado às equipes sem essa qualificação específica.

Em contraste com as EqSF, no Brasil, todo médico das Unidades de Saúde Familiar, em Portugal, é um especialista em Medicina Geral e Familiar, ou seja, tem uma formação compatível com outras especialidades médicas, permitindo o reconhecimento entre os pares de distintos níveis assistenciais, melhorando a resolubilidade das ações clínicas e facilitando a

coordenação entre os níveis (Rocha e Sá, 2011). Todavia, também lá, um dos grandes desafios à expansão das USF tem sido o déficit de médicos especialistas em medicina familiar para compor novas equipes, ainda que, desde os anos de 1970, haja expansão e apoio à formação nessa especialidade e o fortalecimento do papel *gatekeeping* dos médicos de família (Lapão e Dussault, 2012). O sucesso do caso português revela um investimento na formação médica com mais de quatro décadas, mostrando a necessidade de um planejamento em longo prazo e, paralelamente, estratégias que respondam à situação imediata na oferta de profissionais e na qualidade da formação para processos de trabalho alinhados com o SUS e, particularmente, com a APS (Harzheim, 2008).

Em estudos realizados por Ney e Rodrigues (2012), em Duque de Caxias, Mendonça et al. (2010), em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, além de Campos e Malik (2008), em São Paulo, os autores encontraram como justificativas para a não permanência e rotatividade de médicos na ESF, as condições de trabalho (USF simplificadas), carga horária considerada elevada, salários percebidos como incompatíveis com as funções e tempo despendido nas ESF, sobrecarga de trabalho (elevado número de famílias), dificuldade para obter suporte de especialista de outros pontos da rede, pouca identificação com a medicina da família, além do vínculo de trabalho precário e certo isolamento dos pares para compartilhamento, por exemplo, de casos clínicos. Tais achados, compatíveis com os de nossa pesquisa, destacam alguns pontos importantes na organização da ESF em diversos municípios, tais como o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade de uma EqSF, USF com adensamento tecnológico inadequado às necessidades assistenciais (carência de equipamentos mínimos), isolamento dos profissionais, particularmente em áreas remotas (zonas rurais, municípios pequenos etc.), equipes mínimas, muitas vezes sem suporte de outros pontos da rede, mas tendo que se responsabilizar por populações com problemas complexos, além da qualificação insuficiente ou conflitante com o modelo de produção do cuidado em saúde. Além disso, Geneau et al. (2007) destacam que a satisfação entre médicos de família (*GP's*) tem importante implicação para sustentabilidade e eficiência dos serviços de saúde, bem como, é determinante na retenção ou rotatividade dos médicos, podendo afetar no desempenho dos mesmos e no interesse de jovens médicos optarem pela carreira.

Considerando as questões apontadas, Mendonça et al. (2010) analisam alguns desafios à gestão do trabalho, partindo de experiências exitosas de expansão da ESF em quatro capitais brasileiras e, entre os principais achados, destacam-se a realização de concurso público para substituir quadros terceirizados e estabelecer vínculos trabalhistas mais estáveis, vínculos adicionais de médicos, com as secretarias de saúde, para prestação de serviços em plantões e

pronto-atendimento (em horário não coincidente com a ESF) como forma de aumentar a renda dos profissionais e diversificar as ações assistenciais, equiparação salarial de médicos especialistas em medicina de família e comunidade com os demais médicos atuantes em serviços de atenção secundária, estabelecimento de incentivos/complementação salarial, escalonados segundo critérios de risco e vulnerabilidade das comunidades, investimento nos processos de qualificação dos profissionais, além de melhorias das condições de trabalho.

Em relação à adscrição de pessoas às EqSF, enquanto no Brasil o Ministério da Saúde atribui uma relação máxima de 4.000 cidadãos cadastrados (Brasil, 2012), em países da União Europeia, por exemplo, essa proporção é, significativamente, menor, sendo mais elevada na Espanha cuja lista de inscritos pode abranger até 2500 pessoas (Giovanella, 2006). Todavia, a definição adequada do número de médicos necessários para atender determinado número de pessoas (lista de usuários cadastrados), não é uma tarefa simples, além do que, também, as várias argumentações sobre essa questão estão “contaminadas” por juízo de valor, seja de ordem racional-econômica (contenção de gastos), corporativa (proteção profissional/ reserva de mercado) e/ou ideológica (modelo de atenção), sendo necessário pelo menos atentar para questões como: o que se espera dos médicos, como trabalham, qual a população sob sua responsabilidade e em que circunstâncias prestam seus serviços (Gérvás e Borris, 2008).

A experiência portuguesa na reforma da Atenção Primária à Saúde, por exemplo, busca certo ajustamento refinado na relação lista de usuários e médico de família. Para tanto, nas Unidades de Saúde Familiar as pessoas inscrevem-se nas listas dos médicos (constituída por 1550 a 2000 cidadãos) com “liberdade” de escolha da unidade e do profissional, independente da área de residência. Para definição do tamanho das listas são realizadas ponderações por idade dos usuários, assim, busca-se ajustar a quantidade de usuários nas listas e trazer coerência na distribuição dos mesmos. Cada USF tem uma carteira de usuários cadastrados que varia entre 4000 a 14000 pessoas, dependendo da quantidade de médicos (três a oito por USF) e das ponderações. As listas de usuários são compostas por pessoas de distintos estratos sociais, sendo a busca por cuidados na USF feita por pessoas de diferentes formações e nível socioeconômico, para os diferentes serviços ofertados na APS (Pisco, 2011; Rocha e Sá, 2011).

Esse é um contraste importante com os dados da microrregião e de muitos serviços de atenção primária no Brasil nos quais o cadastramento é atrelado à área de residência, não havendo possibilidade de escolha de profissional, nem tampouco de unidade para atendimento, tratando-se de registro automático por local de moradia (Giovanella, 2006). As USF, de maneira geral, buscando responder a demandas reprimidas e desassistidas

historicamente, localizam-se preferencialmente em zonas periféricas e rurais, por conseguinte, abarcam uma população de menor renda e, muitas vezes, com um conjunto de necessidades sociais básicas (saneamento, habitação, educação etc.) não atendidas pelo poder público, exigindo competência dos profissionais para além da assistência à saúde *stricto sensu* (Azevedo e Costa, 2010). Por outro lado, mesmo quando localizadas em territórios com pessoas de diferentes estratos sociais em sua área de abrangência, as USF são acessadas de maneira seletiva e focada (Bousquat, Alves e Elias, 2008), de tal forma que a busca é maior em populações com menor nível socioeconômico e sem cobertura por seguro privado (Oliveira et al., 2012; Fernandes et al., 2009; ICICT, 2013).

Além da restrição de médicos, os horários de funcionamento das USF contribuem para dificuldade de acesso (Escorel et al., 2007) de grupos que trabalham, estudam ou exercem alguma atividade em horário comercial. A adscrição por área de residência, também, torna-se um entrave a sujeitos singulares que cumprem alguma atividade laboral ou estudam em áreas mais distantes e/ou mesmo em outras cidades da sua USF de referência, requerendo dos gestores e dos trabalhadores da saúde maior plasticidade na organização do processo de trabalho (Mattos, 2009b). Esses aspectos fragilizam a USF como lócus de primeiro contato e busca regular, por contribuir para que os usuários procurem outros serviços, particularmente, os de pronto-atendimento, mesmo nos casos de problemas que poderiam ser resolvidos no âmbito da atenção primária.

6.3 Fluxos assistenciais e dispositivos de integração e coordenação na rede microrregional de saúde de Vitória da Conquista

Os principais resultados da pesquisa indicam que a população que necessita de cuidados em saúde na microrregião convive com problemas de acesso aos serviços de média e alta densidade tecnológica na rede regional que comprometem a continuidade da atenção à saúde em decorrência da insuficiência na oferta e, também, da fragmentação entre os diferentes pontos e desarticulação comunicacional com a APS, inviabilizando a coordenação do cuidado. Esse mosaico de problemas parece partilhar de uma gênese comum, sendo, portanto, consequência da indefinição de um modelo de atenção (núcleo tecnológico) coerente com a gestão para produção do cuidado em todos os níveis da atenção à saúde.

A pertinência de sistemas de saúde orientados pela atenção primária tem mostrado maior eficácia, eficiência e equidade (Starfield, 2012), em distintos países, sejam de alta,

média ou baixa renda (WHO, 2008a). Além disso, o aumento da longevidade da população tem trazido consigo o aumento no uso dos serviços de saúde, em decorrência das enfermidades crônicas, comorbidades e consumo de medicamentos, além dos usuários hiperdemandantes de recursos sanitários (Duque et al., 2009). Tais características têm reforçado a necessidade de sistemas de saúde com porta de entrada na atenção primária e profissionais exercendo a função de filtro (Vázquez et al., 2012; Kringos et al., 2010; Boerma, 2006). Pesquisas evidenciam, ainda, uma maior integração entre os níveis assistenciais e melhor coordenação das condições crônicas em países com APS forte (Greß et al., 2009), a redução das hospitalizações desnecessárias e melhor nível de saúde das pessoas, devido a coordenação do cuidado e maior abrangência da APS (Kringos et al., 2012b; Atun, 2004).

No estudo, o instrumento de planejamento e integração regional para oferta de vagas, a PPI, mostra-se com limites decorrentes da defasagem do financiamento, mas notadamente, por não lograr reverter questões de vazios assistenciais e reproduzir os problemas já cristalizados na rede assistencial, assim, o ajuste do físico (consulta/exame/procedimento) ao financeiro reduz a oferta. Apesar disso, a PPI é uma ferramenta importante na racionalização dos recursos financeiros e alocação territorial dos serviços conforme escala e escopo (Brasil, 2006b), todavia, não está atrelada a um planejamento estratégico locorregional que busque transformar o núcleo tecnológico do cuidado procedimento-centrado numa matriz tecnológica que incida na forma de produção do cuidado nos territórios e capte as necessidades da população (Merhy e Franco, 2009).

Vale notar, também, as dificuldades de referenciamento em regiões ricas, com diversidade de prestadores e farta oferta de serviços de média e alta densidade tecnológica, (Venancio et al., 2011). Esses achados corroboram a necessidade de mudança no núcleo tecnológico do cuidado (Merhy e Franco, 2009) que modelam os níveis político, organizacional e das práticas assistenciais na microrregião e que revelam a parcialidade do discurso dos gestores, dos diferentes entes subnacionais, que insistem em posicionar a questão do financiamento e da oferta deslocados do modelo de atenção em curso na região de saúde, bem como, de certa inércia perante os problemas locorregionais, como se os mesmos não fossem passíveis de superação.

Nesse aspecto, temos diametralmente o oposto na microrregião, ou seja, um modelo subfinanciado, sem regulação da formação dos profissionais, essencialmente médicos, e de suas especialidades conforme necessidade para oferta pública, com conseqüente baixa oferta de vagas em serviços de média e alta densidade tecnológica, dificuldades na disponibilidade de médicos e de algumas especialidades. Com efeito, essas mesmas dificuldades tornam-se

produtoras de iniquidades, posto que a restrição de profissionais e de determinados serviços (especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico) reverberam numa supervalorização financeira e simbólica dos mesmos, tornando-os produtos com elevado “valor de troca” (saúde como mercadoria). Assim, para ofertá-los, presos unicamente a PPI, os gestores públicos comprometem os tetos financeiros municipais, não conseguem atender a demanda que, por sua vez, tendem a aumentar, ou seja, permanecem num círculo vicioso, pois retroalimentam as iniquidades.

Além do que, abre-se espaço para um importante mercado (formal e informal) da saúde em estreita simbiose com o sistema público (Venancio et al, 2011; Pires et al., 2010; Santos et al., 2008). Segundo Mendes (2011, p.179) “o *planejamento do SUS é um planejamento da oferta com uma valoração relativa forte de parâmetros construídos com base em séries históricas de produção de serviços. O planejamento da oferta é muito sensível às demandas dos atores sociais mais bem posicionados na arena da política sanitária (grupos de interesses mais estruturados, prestadores de serviços de maior prestígio social, fornecedores de equipamentos e medicamentos etc.)*”.

Somado a isso, os problemas da ESF discutidos na seção anterior não apontam para desconstrução dessa lógica produtora de demandas. Ao invés disso, por um lado as EqSF têm dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos, com conseqüente prolongamento e, até, agravamento dos problemas. Por outro, muitos profissionais trabalham com grande demanda, em poucos turnos por semana e tendo formação inadequada para APS e, por isso, acabam por realizar uma clínica restrita a queixa-conduta (clínica degradada) e, por conseguinte, excessivamente dependente dos exames complementares. Em síntese, ao lado dos casos novos, há um estoque de problemas que não se resolvem e que, ao mesmo tempo, retornam ao ponto de partida, ou seja, novas demandas por serviços especializados e oferta insuficiente para atendê-las, modelando uma espécie de espiral de necessidades. Essa questão é polemizada por Franco (2009) quando alerta que não basta ampliação da ESF, não é suficiente a transposição do lócus de trabalho do ambulatório para o domicílio ou do hospital para a USF, quando os processos de trabalho permanecem inalterados ou mesmo quando imprimem uma nova lógica de produção, mas o núcleo tecnológico conserva-se centrado no procedimento/doença e não no usuário. Para esse autor, essa é uma das razões para a ESF permanecer produtora de demandas e pouco resolutiva.

Em certa medida, essa é, também, uma temática vivenciada no sistema espanhol, pois, segundo Feo, Campo e Camacho (2006), embora haja uma percepção positiva da população, daquele país, em relação aos serviços de APS, não houve inovações que implicassem em nova

cultura organizacional, que priorizasse o cuidado atento e pessoal ao usuário, ou seja, a APS sofre dos mesmos problemas (clínica médico-centrada) que afligem o restante do sistema de saúde.

Na outra margem, encontramos na microrregião um conjunto de serviços de saúde integrados numa rede formal e com base territorial bem definida (alocados segundo o PDR), mas que na prática funcionam de maneira fragmentada e sobreposta, essencialmente com fluxos comunicacionais incipientes que não viabilizam a coordenação do cuidado por profissionais da APS e, por conseguinte, a continuidade da atenção. Nos pequenos municípios a integração dos serviços é, ainda, mais frágil, posto que, são, na maior parte das vezes, apenas o financiador via PPI, ficando as funções de prestador e regulador nas mãos dos municípios de referência, sendo que apenas quatro deles assumiram o Comando Único e gerem os recursos para a média densidade tecnológica. Nesse sentido, o papel do CGMR deveria ser de legitimar uma gestão regional e viabilizar a integração intermunicipal, todavia, essa expectativa é frustrada por conduções internas pouco afeitas a planejamentos que exigem responsabilidade sanitária solidária. Sem um planejamento conjunto entre os municípios, o território regional passar a ser uma abstração, ainda que, na prática, os fluxos e contrafluxos dos usuários modelem uma rede interdependente.

Para forjar uma rede que atenda as necessidades assistenciais da população dos distintos territórios da microrregião, num contexto de insuficiência na oferta de vagas, são organizadas centrais de regulação e marcação de consultas de âmbito regional (na sede da microrregião) e local (nos distintos municípios) que, por sua vez, operam na lógica da programação pactuada, restringindo a oferta aos tetos pré-acordados por cada município. Tal racionalidade visa partilhar a oferta segundo poder de compra de cada município, assim, a oferta de serviços não tem relação estreita com o perfil epidemiológico e com a necessidade de fato. Ainda assim, as centrais de regulação e marcação de consultas representam importante avanço enquanto instrumento de integração regional, pois permitem o acesso regulado e fluxos formais aos serviços especializados (Almeida et al., 2010).

Na microrregião, apesar das fragilidades que vimos apontando, o processo de regulação/priorização das consultas é realizado inicialmente nas USF/USB, mesmo não informatizadas, em seguida nas CMC locais e, por fim, na CMC regional, mediante avaliação de médico regulador (*on line*). Tal descentralização permite um olhar atento às necessidades mais prementes e a diminuição do tempo de espera aos casos mais urgentes/ prioritários. Por sua vez, a insuficiência na oferta de serviços impõe uma “priorização das prioridades” gerando conflitos éticos, além do que, segundo Gawryszewski et al. (2012), abre espaço para

mecanismos informais entre médicos, práticas clientelistas ou força o próprio usuário a buscar alternativas (dentro ou fora do sistema público), promovendo iniquidades. Soma-se a isso, a fragilidade das CMC, nos pequenos municípios da região, nas quais o técnico-marcador (sem formação específica em saúde) faz os agendamentos conforme descrição médica nas guias de solicitação e, paralelamente, assume importante papel discricionário na priorização de vagas. Cabe ressaltar que a participação das equipes de atenção primária na regulação é coadjuvante, posto que a priorização seja fruto de uma contingência na oferta que, aliada a incipiência de instrumentos para continuidade informacional não contempla a coordenação entre níveis. Para Feo, Campo e Camacho (2006), a ausência de instrumentos comunicacionais entre os níveis de atenção, bem como a fragilidade na organização do trabalho dos profissionais na APS, sobretudo de médicos, comprometem o atributo da coordenação e, nesse sentido, favorece a inadequação de diagnósticos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos usuários, bem como, produz uma sensação de desconfiança por parte dos usuários e profissionais, por conta de processos de trabalhos desarticulados, barreiras administrativas que geram perda de tempo e comprometem a continuidade do cuidado.

Nessa seara, na região analisada, soma-se a ausência de prontuários eletrônicos nas unidades de atenção primária e de especialidades, a falta de conectividade entre os diversos pontos da rede, o uso limitado de protocolos clínicos que, por sua vez, restringem o contato entre generalistas e especialistas às referências formais ou contatos informais entre médicos. Além disso, não há uso sistemático de contrarreferência entre os serviços especializados e as unidades de atenção primária, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes profissionais. Esses achados revelam uma grande debilidade na microrregião, pois diferentes estudos destacam os instrumentos informacionais como mecanismos fundamentais ao processo de fortalecimento da integração dos serviços e coordenação do cuidado por profissionais da APS (Martínez et al., 2008; Almeida et al., 2010; Vázquez et al., 2012).

A região de saúde impõe mais um desafio à coordenação dos cuidados pelos profissionais da atenção primária, posto que muitos serviços especializados são realizados em outros municípios requerendo sistemas logísticos articulados, para deslocamento dos usuários (transporte sanitário) e da informação (tecnologia de informação e comunicação). Nesse aspecto, Almeida et al. (2010) e Dias (2012) constatam que a proximidade entre prestadores de serviços especializados e de atenção primária facilitam o contato entre profissionais, diminuem as barreiras financeiras de acesso e, por fim, promovem melhor coordenação entre os níveis. Portanto, a microrregião estudada, ao apresentar problemas na organização do transporte dos usuários (insuficiência, precariedade e atrasos) e na continuidade

informacional, expõe a carência de instrumentos de integração que, por sua vez, obstrui as possibilidades de coordenação entre níveis.

A deficiência na coordenação do cuidado, na região de saúde, também, é afetada na forma de integração hierárquica (ao invés de rede interdependente) entre os serviços de atenção primária e centros de especialidades e de apoio diagnóstico e terapêutico. Em virtude disso, os profissionais da ESF não estabelecem contato pessoal com os profissionais da atenção especializadas que, por sua vez, não valorizam o trabalho do generalista. Nesse aspecto, Saltman (2006) e Gérvas et al. (2007) afirmam que o sucesso na coordenação via APS depende, também, do prestígio/credibilidade que médicos generalistas desfrutam entre o coletivo de médicos especialistas e com a sociedade.

Na microrregião, o principal prestador público de serviços especializados é o CEMAE, todavia, o vínculo trabalhista de médicos é por contrato temporário, gerando rotatividade, e os diferentes profissionais concentram suas atividades em poucos turnos na semana, realizando uma clínica prescritiva (produtora de demandas) e desarticulada da atenção primária (sem fluxo informacional), além de se comportarem como prestadores autônomos, sem sinergia com a rede. A organização interna do serviço, igualmente, dificulta uma maior coesão entre prestadores de serviços (médicos especialistas) e demais pontos da rede, pois não há registros eletrônicos das informações que permitam compartilhamento entre diferentes níveis e os prontuários clínicos, além de preenchidos manualmente, são de difícil acesso, mesmo no serviço.

Vale notar que as estratégias locais e regionais para superar a insuficiência na oferta de serviços, ainda que importantes e fundamentais, contraditoriamente, não fortalecem a integração e corroem a coordenação, pois não logram envolver as equipes de atenção primária ou limitam sua participação ao processo de revisão das guias de solicitação para reclassificação das prioridades. Entre as estratégias para aumentar a oferta, destacam-se a compra de consultas e exames da rede privada, particularmente nas especialidades com maior tempo de espera e a realização de mutirões para desobstruir longas filas para determinados exames e procedimentos. Ambas as táticas aumentam a oferta e resolvem problemas pontuais de acesso, mas tendem a apresentar resultados transitórios, pois não modificam o padrão de produção do cuidado, não alteram o núcleo tecnológico do processo de trabalho dos profissionais, não envolvem interação de projetos terapêuticos entre os níveis e, por fim, tornam-se barreiras à coordenação do cuidado.

Em experiências na organização de redes integradas de serviços de saúde, em comunidades autônomas (Catalunha e País Basco), na Espanha, Vázquez et al. (2012)

destacam que a existência de provedores de distintas propriedades em territórios com deficiência no compartilhamento de informação dos usuários compromete a coordenação, além disso, metas e interesses conflitantes podem ir de encontro com os objetivos na produção da saúde. Nesse caso, “*um aumento na capacidade de resolver problemas da APS, levaria a uma diminuição dos ganhos do hospital, que dependem da atividade assistencial*” (Martínez, 2008, p.43). Essa evidência alerta-nos acerca da participação extensiva de prestadores privados na oferta de serviços na microrregião, bem como, acerca do processo de trabalho médico em centros de especialidades e hospitais, comportando-se como prestadores liberais, privatizando o espaço público.

6.4 Limites do estudo

A amplitude do estudo tornou-se o maior limite para seu aprofundamento. Por conseguinte, nem todos os critérios, inicialmente propostos, em cada dimensão e subdimensão, nos três níveis da *matriz de análise* puderam ser cotejados, pois necessitariam de outros instrumentos para coleta de dados e/ou maior tempo para apreensão. Tal limite, por sua vez, não comprometeu o conjunto das análises, mas indica que para apreensão dos elementos constitutivos de redes regionalizadas de atenção à saúde para compreensão da gestão do cuidado faz-se necessário uma equipe ampliada de investigadores e apoio financeiro de órgão de fomento.

Por essa razão, não foi possível investigar pontos específicos da rede de atenção como, por exemplo, o nível hospitalar, o sistema de urgência-emergência, o financiamento e a atenção farmacêutica, ainda que no conjunto dos resultados tenham aparecido tangencialmente às análises. Essa lacuna abre espaço para investigações complementares a fim de debater a conformação da gestão do cuidado nessas interfaces. Além disso, a constelação dos sujeitos entrevistados pode ser ampliada para outros segmentos da rede, conforme o foco desejado e, igualmente, captar perspectivas que respondam a aspectos distintos do nosso recorte de análise.

Destacamos, também, que os três níveis de análise apresentam dificuldades para uma abordagem precisa. Nesse sentido, o nível político-institucional transita entre a normatividade legal e a ação política concreta, sobretudo em referência ao Estado. Além disso, o nível organizacional e o nível das práticas trazem elementos da microrregião e do município,

respectivamente. Todavia, os três níveis estão, de fato, presentes nas três esferas (estadual, regional e municipal) simultaneamente.

A opção pela pesquisa qualitativa, também, não é suficiente para análise de todos os elementos de uma rede regionalizada para compreensão da gestão do cuidado, requerendo outras abordagens para ampliar o escopo dos dados e, assim, possibilitar uma triangulação de métodos. Com efeito, a utilização de inquéritos com trabalhadores da saúde e usuários poderia trazer informações relevantes sobre acesso e utilização dos serviços em diferentes pontos da rede, encaminhamentos e tempos de espera, bem como, as condições estruturais e insumos disponíveis em estabelecimentos de saúde no conjunto dos municípios da microrregião. Além disso, pode-se, também, ampliar o estudo para diferentes regiões de saúde e realizar uma análise comparada entre essas, aumentando a validade externa, perspectiva não factível para uma tese de doutorado sem financiamento.

6.5 Contribuições do estudo

Nesse percurso, o maior desafio, talvez, tenha sido encontrar o caminho teórico-metodológico que permitisse investigar uma rede regionalizada em três níveis de análise para compreensão da *gestão do cuidado*. A literatura disponível combina uma série de abordagens, nem sempre convergentes, sobre os diferentes níveis, além de existir certa arbitrariedade no modo de fazer a separação entre eles, gerando superposições e confundimentos acerca dos seus limites.

Assim, a elaboração da *Matriz de análise para gestão do cuidado em rede regionalizada de saúde* pretende ser uma contribuição aos estudos em regiões de saúde, ao disponibilizar de forma sistematizada os principais critérios a serem analisados/ avaliados em distintas dimensões/ subdimensões que compõem as redes regionalizadas. Por esse ângulo, enquanto ferramenta de aplicação metodológica, a matriz possui uma plasticidade que possibilita a escolha/uso dos níveis e das dimensões/subdimensões, na totalidade ou em parte. Além disso, a matriz de análise pode ser ajustada (incrementando ou suprimindo alguns critérios) para diferentes desenhos de pesquisa e abordagens metodológicas, permitindo mesclar distintas fontes de informação e técnicas de coleta de dados, sendo, por isso, sensível a perspectivas sobre a questão da organização político-territorial do SUS, o modo de

organização das práticas ou o processo de trabalho e a produção do cuidado, conforme o foco do objeto investigado.

Além da elaboração, sistematização e aplicação de um instrumento específico para análise da gestão do cuidado em redes regionais, destacamos como pontos fortes da pesquisa, o desenvolvimento de um estudo de caso que investiga a ESF num contexto de região de saúde, destacando a posição da ESF nas políticas de integração de serviços entre distintos municípios e a análise da integração de uma rede regionalizada de saúde e os desafios que isso produz. Sobressai, ainda, na investigação, a utilização de diferentes técnicas para captação dos dados e a participação de distintos sujeitos, permitindo perspectivas diversificadas acerca do tema e a triangulação entre os três níveis de análise. Ao lado disso, as observações, particularmente, nas reuniões do CGMR possibilitaram o acúmulo de informações estratégicas para compreensão das políticas e apreender as prioridades, num contexto real da dinâmica de negociações e posicionamentos de secretários de saúde que representam os dezenove municípios da microrregião.

Ressaltamos, ainda, que os estudos acerca da coordenação do cuidado, no Brasil, de maneira geral, abordam a relação entre profissionais das equipes de APS e profissionais de outros serviços de especialidades/hospitalares em cenários locais/ municipais. Nesse ínterim, investigar os limites e possibilidades advindas de contextos de redes regionalizadas traz importantes indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde. Ao lado disso, a pesquisa abarca, também, municípios de pequeno porte e zonas rurais, evidenciando as peculiaridades para atração e fixação de profissionais nessas localidades, sobretudo médicos. Nesse sentido, explicita a necessidade de políticas específicas para esses territórios que admitam outros arranjos no número e na composição das EqSF, valorizando e ampliando, quando possível e pertinente, a atuação do enfermeiro, de equipes do NASF, dos técnicos e dos agentes comunitários.

6.6 Linha de chegada e algumas considerações

A título de consideração final, buscamos retomar algumas questões apontadas no início da tese, mas com a clareza do inacabamento que permeia qualquer análise. O estudo da *Gestão do Cuidado*, em três níveis de análise, mostrou que os desafios para constituição de uma rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde requerem a

defesa de políticas universais e a organização dos serviços de saúde cada vez mais com caráter público. Nas palavras de Campos (2000, p.181), “*seria necessário pensar outros modos de fazer política social, outras maneiras para organizar a saúde, educação etc. O velho modo já mostrou seus limites: a corrupção, o clientelismo, a ineficiência, as iniquidades multiplicadas, tudo por ser feito. Repensar o papel, a função e o funcionamento das Organizações Públicas, um desafio*”.

Ao interrogarmos acerca da conformação da *Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista*, as evidências mostram fragilidades e potencialidades. Assim, as estratégias político-institucionais para modelagem de uma rede regional revelam que a definição do território sanitário nos documentos institucionais e a política estadual de planejamento para alocação dos serviços têm, como parâmetro, o plano diretor de regionalização, ou seja, forjam, oficialmente, uma rede integrada de serviços de saúde de cunho regionalizado. Outrossim, há fluxos estabelecidos entre estado, instâncias regionais e municípios que preveem o planejamento ascendente e o compartilhamento da gestão do cuidado nos territórios. Todavia, tais mecanismos, presentes na estratégia institucional da política estadual, ainda são incipientes no planejamento locorregional e insuficientes nas ações de todos os entes nacionais. Dessa forma, as assimetrias técnico-financeiras entre os entes subnacionais, as disputas político-partidárias por investimentos, a aplicação de recursos atrelados ao voto e, sobretudo, os interesses privados de formuladores de políticas, gestores e trabalhadores da saúde em detrimento ao fortalecimento de um sistema público e universal, compromete a coesão necessária para constituir uma rede solidária de caráter regional.

O Colegiado Gestor Microrregional apresentou-se como uma ferramenta estratégica e potente para fortalecimento da governança regional, por reunir, numa arena comum, distintos sujeitos responsáveis legais pela tomada de decisão nos territórios sanitários, que precisam negociar a alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de uso comum na região de saúde, ainda que induzidos por pautas ministeriais/da SESAB. Dessa forma, necessita incorporar, à rotina de gestão, dispositivos mais democráticos que logrem se articular com instituições de ensino/pesquisa e sejam permeáveis as demandas sociais para definição das políticas de saúde. É premente, portanto, que o CGMR não se limite a ser um espaço burocrático, ritualístico e estéril, ou seja, necessita torna-se um lócus criativo, pedagógico e produtor de políticas que reforcem o caráter público e universal do SUS.

Por esse prisma, a rotatividade dos secretários de saúde, a baixa autonomia dos mesmos em relação ao executivo local, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas-partidárias na tomada de decisão em detrimento do

consenso solidário obstruem a permeabilidade do CGMR às demandas sociais. Em contraposição, a publicização da gestão e o envolvimento de representantes da sociedade civil organizada (que defenda o SUS) nas plenárias, poderia reduzir o campo do interesse privado nas decisões públicas.

Por outro lado, quando investigamos a posição da ESF no processo de conformação da rede e a possibilidade de coordenação do cuidado, na microrregião de saúde, por meio de equipes de APS, nos deparamos com complexos problemas organizacionais e na prática das equipes que são, também, desdobramento das dinâmicas do nível político-institucional. Por conta da capilaridade da ESF, notadamente, nos menores municípios, a porta de entrada principal é a USF. Contraditoriamente, nesses mesmos municípios, a ausência de médicos em todos os turnos e dias nas USF e a simplificação na estrutura e no aporte de equipamentos e insumos nas unidades, comprometem o cuidado oportuno e regular, bem como a resolubilidade de problemas relacionados ao âmbito da APS. Apesar disso, o percurso mais comum do usuário para acessar os serviços de especialidades e apoio diagnóstico e terapêutico, no SUS, é por meio das unidades de APS, pois os profissionais, sobretudo médicos, são responsáveis pelas referências para outros pontos de atenção na rede regional, por meio de formulários específicos, mediados por centrais reguladoras.

Na microrregião, as EqSF têm dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos que precisam de suporte especializado, com conseqüente prolongamento e, até, agravamento dos problemas. Além disso, os fluxos comunicacionais incipientes entre os diferentes pontos da rede não viabilizam a coordenação do cuidado por profissionais da APS. Sendo assim, a participação das equipes de atenção primária na regulação do acesso aos serviços especializados é coadjuvante, posto que a priorização seja fruto de uma contingência na oferta que, aliada a incipiência de instrumentos para continuidade informacional não contempla a coordenação entre níveis.

Por sua vez, nos pequenos municípios a integração dos serviços é bastante frágil, porquanto, na maior parte das vezes, são apenas o financiador via PPI, ficando as funções de prestador e regulador nas mãos dos municípios de referência. As centrais de regulação e marcação de consultas de âmbito regional e local restringem a oferta aos tetos financeiros pré-acordados por cada município, ou seja, não corresponde às necessidades dos usuários nos territórios. Além disso, as centrais de marcação de consultas nos pequenos municípios da região são frágeis, transferindo ao técnico-marcador (sem formação específica em saúde) os agendamentos conforme descrição médica nas guias de solicitação e, paralelamente, assumindo importante papel discricionário na priorização de vagas.

Nessa seara, a incipiência ou ausência de instrumentos comunicacionais entre os níveis de atenção, bem como a fragilidade na organização do trabalho dos profissionais na APS, sobretudo de médicos, comprometem o atributo da coordenação e, nesse sentido, favorece a inadequação de diagnósticos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos usuários. Com efeito, a ausência de prontuários eletrônicos nas unidades de atenção primária e de especialidades, a falta de conectividade entre os diversos pontos da rede e o uso limitado de protocolos clínicos restringem o contato entre médicos generalistas e especialistas às referências formais ou contatos informais. Constatamos, também, que não há contrarreferência entre os serviços especializados e as unidades de atenção primária, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes profissionais.

Toda essa problemática depõe contra a coordenação e expõe uma gestão do cuidado inadequada, entretanto não se trata de um jogo perdido. Os casos exemplares ficam diluídos no emaranhado de problemas e tornam os sujeitos (e suas práticas) que estão comprometidos com a gestão do cuidado invisíveis, porém eles existem e estão produzindo linhas de fuga e modelando, nos interstícios da rede, novas tessituras.

Assim, ao dar centralidade à gestão do cuidado, buscamos, com essa contribuição teórica e empírica, disparar novas reflexões e abrir o debate, por meio das evidências apresentadas, acerca dos modos de produzir saúde nas políticas, nos processos organizativos e nas práticas cotidianas nas regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 28:1103-12.
- Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana ALA, Lima LD (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.117-72.
- Albuquerque PC, Stotz EV. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface: comunic., saúde, educ.* 2004; 8:259-74.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:286-98.
- Alves JS. *Vinculação do trabalhador ao SUS no âmbito municipal: perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em saúde [Dissertação de Mestrado]*. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2010.
- Alves LF. *Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- Amaral MA, Campos GWS. *Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão*. In: Vecina Neto G, Malik AM. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.73-84
- Araújo JD, Ferreira ESM, Nery GC. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1973; 7:1-19.
- Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 2009; 9:1-11.
- Assis E, Cruz VS, Trentin EF, Lucio HM et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade* 2009; 18:17-21.
- Assis MMA, Alves JS, Santos AM. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2008; 32:7-15.
- Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS* 2007; 10:189-99.
- Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. p.139-59.

- Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba, 2010. 182p.
- Assis MMA, Villa, TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2003; 11:376-82.
- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? *Health Evidence Network Report*, p.1-18, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface: Comunic., Saude, Educ.* 2010; 14:797-10.
- Bahia. *Plano Diretor de Regionalização: regiões de assistência em saúde*. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, 2007a. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/> Acesso em: 21 jul. 2011.
- Bahia. *Resolução CIB 145/2007*. Aprova a nova proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2007b.
- Bahia. *Regimento Interno do Colegiado Microrregional de Saúde do Estado da Bahia*. Salvador: SESAB, 2007c. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/observatorio/download/>> Acesso em: 21 de jul. 2011.
- Bahia. *Regimento Interno da SESAB*. Lei 11.055, de 26 de junho de 2008. Salvador: SESAB, 2008a.
- Bahia. Secretaria da Saúde. Diagnóstico da situação da saúde estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.32, n,3, Salvador: SESAB, 2008b.
- Bahia. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.33, Supl.1, p.13-87, 2009a.
- Bahia. SUVISA – Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. DIS – Diretoria de Informação em Saúde. Salvador: SESAB, 2010a. Acesso em 10 fev. 2013. Disponível em <<http://www1.saude.ba.gov.br/dis/indicadoresDemografia.html>>.
- Bahia. DIPRO – Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada. I Encontro Estadual de Regionalização da Saúde no SUS-BA. *Os Colegiados de Gestão Regional como dispositivos da Regionalização do SUS “Cenários e Perspectivas”*: Análise da situação do CGMR na Bahia. Salvador: SESAB, 2010b. Disponível em <http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/cdgr/download/mostra_01/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Concei%C3%A7%C3%A3o_18-11-10.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.
- Bahia. Secretaria da Saúde. *Relatório das plenárias temáticas e final da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Estado da Bahia*. Salvador, SESAB, 2011.
- Bahia. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Salvador: SESAB/CES, 2012a.

Bahia. *Relatório Anual de Gestão 2011*. Salvador: SESAB, 2012b.

Bahia. Programa estadual de construção de Unidades de Saúde da Família. Saúde da Família de Todos Nós. Salvador: SESAB, 2012c. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br/dab/>> Acesso em: 10 dez. 2013.

Bahia. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia: Ascom. *Bahia ganha quatro novos cursos federais de medicina*. Salvador: SESAB, 2012d. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view> Acesso em: 5 dez. 2012.

Bahia. Secretaria da Saúde. *Programação Anual de Saúde – 2012*. Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN). Salvador: SESAB, 2012.

Bahia. Secretaria da Saúde. *Política Estadual de Atenção Básica*. Diretoria de Atenção Básica. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Salvador: SESAB, 2013a.

Bahia. Diretoria de Atenção Básica (DAB). *Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM)*. Salvador: SESAB, 2013b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=category&id=17&layout=blog&Itemid=145> Acesso em: 20 jan. 2013.

Bahia, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009b; 14:753-62.

Bahia L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendência e justificção. In: Santos NR, Amarante PDC (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010c. p.115-128.

Barbosa MCL, Costa MCN, Mota EL, Pereira SM. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2010; 19:347-54.

Barbour R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009. [Coleção Pesquisa Qualitativa].

Baremblytt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

Bedrikow R, Campos GWS. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57:610-13.

Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFG, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. 2 ed. Fundação Astrazeneca: Lisboa, 2008.

Bispo Jr JP, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2012; 22:1313-32.

- Boerma WGW. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire: Open University Press; 2006. p.25-47.
- Bousquat A, Alves MCGP, Elias PE. Utilização do Programa Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:903-6.
- Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set., 1990a.
- Brasil. Lei 8142, 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* 1990; 20 set., 1990b.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- Brasil. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Diretrizes operacionais. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a (Série Pactos pela Saúde. v.1).
- Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde*. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde. v.5).
- Brasil. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Pactos pela Saúde, v.3).
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Regulação – SISREG: manual do administrador SISREG III. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série Pactos pela Saúde, v.10).
- Brasil. *Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2010.
- Brasil. *Decreto 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2011a.

- Brasil. *Portaria nº 2206, de 14 de setembro de 2011*. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Ministério da Saúde, Brasília, 2011b.
- Brasil. *Portaria nº 2394, de 11 de outubro de 2011*. Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ministério da Saúde, Brasília, 2011c.
- Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. *Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. *CNES-DADASUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo> Acesso em: 5 fev. 2013.
- Calnan M, Hutten J, Tiljak H. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. In: Saltman RB, Rico A, Boerma GW. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire: Open University Press; 2006. p.135-160.
- Camargo Jr KR, Campos SEM, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S58-68.
- Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP* 2008; 42:347-68.
- Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica em el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:477-83.
- Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p.417-442.
- Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:301-6.
- Campos GWS. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S17-19.
- Campos GWS. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade* 2009; 18 Suppl 2:24-34.
- Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010a; 15:2337-44.

- Campos GWS. Modo de produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: Santos NR, Amarante PDC (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010b. p.294-302.
- Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 1997; 13:141-44.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:399-7.
- Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153.
- Campos GWS, Onocko-Campos RT. Gestão em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.231-235.
- Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1273-84.
- Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1772-84.
- Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela Medicina da Família: estado da questão e agenda da pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2009; 33:198-4.
- Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:469-78.
- Cecílio LCO, Andrezza R, Souza ALM, Lima MR, Mercadante CEB, Pinto NRS et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2007; 1:200-7.
- Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2009; 13 Suppl 1:545-55.
- Cecílio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A atenção básica à saúde e a construção das rede temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2893-02.
- CFM, CREMESP. *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição*. v.2, Conselho Federal de Medicina/ Conselho de Medicina do Estado de São Paulo: São Paulo, 2013.

- Coelho APS. O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- Coelho THB, Paim JS. Processos decisórios e prática de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1373-82.
- Cohn A. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S23-24.
- Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S7-S27.
- Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:2783-94.
- Conill EM, Fausto MCR. *Análisis de la problemática de la integración de la APS em El contxtto actual: causas que inciden em la fragmentación de servicios y SUS efectos em la cohesión social*. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.
- Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant* 2010; Suppl 10:S15-27.
- Cruz LP. Serviços diagnósticos e terapêuticos. In: Veina Neto G, Malik AM. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.253-58.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94:1864-74.
- Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos services de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:725-37.
- Dantas Neto PF. “Surf” das ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismos pós-carlista. *Caderno CRH* 2003; 213-55.
- D’Ávila Filho PM. O clientelismo como gramática política universal. Resenha. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2003; 13:149-60.
- Declaración de Alma-Ata (1978). *Salud Publica Educ Salud* 2002; 2:22-24.
- Demo P. *Avaliação qualitativa*. 7 ed. Campinas: Autores associados, 2002.
- Dias MP. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.

- Draibe, SM. *Há tendências e tendências: com que Estado de Bem Estar Social haveremos de conviver neste fim de século?* São Paulo: Unicamp, 1989.
- Duque NR, Baturone MO, Camúñez MAO, Camacho JG. El paciente pluripatológico. Manejo coordinado entre atención primaria y especializada. *Jano*, n.1751, 2009.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A et al. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-41.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:164-76.
- Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p.979-1010.
- Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
- Farias SF, Gurgel Jr GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc Saude Coletiva* 2011; 16:1043-53.
- Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La Coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 2006; 4:357-82.
- Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:595-3.
- Ferreira MP, Dini NP. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: Viana ALA, Lima LD. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.67-80.
- Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Franco TB. Transição tecnológica e inclusão social na saúde. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC (Orgs.). *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009. p.147-62.

- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.
- Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Hucitec: São Paulo, 2003. p.125-33.
- Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003a. p.55-124.
- Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: Merhy EE et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003b. p.135-60.
- Gariglio MT, Radicchi ALA. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:153-66.
- Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011; 29:28-38.
- Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2012; 22:119-40.
- Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche PA. Primary care practice *à la carte* among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *Family Practice – na international journal*. Oxford University Press, 2007. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/>> Acesso em: 30 nov. 2012.
- Gérvás J, Bonis J. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82:627-35.
- Gérvás J, Fernández MP. El fundamento científico de La función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:205-18.
- Gérvás J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN* 2005; 31:418-23.
- Gérvás J, Starfield B, Minué S, Violan C et al. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. *Aten Primaria* 2007; 39:615-18.
- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:490-88.
- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:951-63.

- Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl1:S21-23.
- Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc Saude Coletiva* 2011; 16:1081-96.
- Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. *Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos*. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Rev. Saúde em Debate* 2002; 26:37-61.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva* 2009; 14:783-94.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (Orgs.). *Política e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2012. p.23-55.
- Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista brasileira de educação médica* 2009; 33:393-3.
- Goulart FAA. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- Greene JC. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco: Wiley Imprint, 2007.
- Greß S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenwegen P, Howson H et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 2009; 17:75-86.
- Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* 2001; 1. Disponível em: <<http://www.ijic.org/>> Acesso em: 7 fev. 2011.
- Guimarães MCL. Processo decisório e conflitos de interesse na implantação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. *Caderno CRH* 2003; 105-32.
- Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16:283-88.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair C, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327:1219-21.

Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:341-53.

Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S331-6.

Harzheim E. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria em América Latina. (Documento Marco). Porto Alegre: Eurosocial/ Fiocruz-Ensp, 2008.

Heimann LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Kayano J. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: Santos NR, Amarante PDC (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.208-19.

Hernández T, Gómez YO. La migración de médicos en Venezuela. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30:177-81.

Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Morais MLS, Barboza R. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:925-34.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-03.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). IBGE Estados@. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba> Acesso em: 2 de jun. 2011.

ICICT. Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia. Fundação Oswaldo Cruz. *Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess): matriz de indicadores*. Disponível em: www.proadess.icict.fiocruz.br Acesso em: 2 fev. 2013.

IDB. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2011. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm> Acessado em: 20 de fev. 2013.

Immergut E. *Health Politics – Interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press; 1992.

Jesus, WLA, Teixeira, CF. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2383-93.

Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SF, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:918-28.

Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr* 2005; 81:251-08.

- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:1-13.
- Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T et al. *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. Cap.5, p.145-64, Utrecht, 2012a.
- Kringos DS, Boerma WGW, van der Zee J, Groenewegen PP. *The contribution of primary care to health care system performance in Europe*. Cap.8, p.217-38, Utrecht, 2012b.
- Kushnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2307-16.
- Labra, ME. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima, NT et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.353-383.
- Lapão VL, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Mgmt*, 2012.
- Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária à saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:4415-23.
- Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. 2000; 1:13-55.
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:269-91.
- Lima LL. *Gestão da política de saúde no município: a questão da autonomia* [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- Lima LD, Machado CV, Baptista TWF, Pereira AMM. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: Ugá MAD et al. (Orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2010. p.27-58.
- Lima LD, Viana ALD. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Viana ALD, Lima LD (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.39-63.
- Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2881-92.
- Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Fiocruz/Cebes: Rio de Janeiro, 2008. p.107-40.

- Longest Jr. BB, Young GJ. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny AD (Orgs.). *Health care management: organization design and behavior*. 5 ed. New York: Thomson Delmar Learning, 2006. P.237-75.
- Lopes CMN. Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009) [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010.
- Lopes EZ, Bousquat AEM. Fixação de enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Rev bras med fam comunidade* 2011; 6:118-24.
- Lotufo M, Miranda AS. Sistema de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP* 2007; 41:1143-63.
- Macedo RS. *A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas Ciências Humanas e na educação*. 2 ed. Salvador: Edufba, 2005.
- Macinko J, Almeida C, Oliveira, ES. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate* 2003; 27:243-56.
- Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:73-84.
- Macinko J, Starfield B, Shi, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research* 2003; 38:831-65.
- Magalhães Jr. HMM, Oliveira RD. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA (Orgs.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Educs/Cepesc/ImS-Uerj, 2006. p.51-64.
- Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV et al. Integración Asistencial de dos Organizaciones en Cataluña, España. *Rev salud pública* 2008; 10:33-48.
- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8 ed. Cepesc-IMS/Uerj –Abrasco, Rio de Janeiro, 2009a. p.43-68.
- Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2 ed. Cepesc-IMS/Uerj –Abrasco, Rio de Janeiro, 2009b. p.370-83.
- Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saude Coletiva* 2010; 15:1521-31.

- Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: ESPCE, 2002.
- Mendes EV. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- Mendes EV. Redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18 Suppl 4:S3-11.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2297-305.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- Mendes Á, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:841-50.
- Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2355-65.
- Merhy EE. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.15-35.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112.
- Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.113-150.
- Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.348-56.
- Merhy EE, Iriart CB, Waitzkin H. *Atenção gerenciada: da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho igualmente privatizante?* Texto apresentado na Oficina de Trabalho “Perspectivas para a Gestão Hospitalar Pública”. Ensp/Fiocruz, 1996. Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-20.pdf>>. Acesso em: 9 fev 2011.
- Milani, CRS. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão *versus* política. *Sociologias* 2006; 180-214.

- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec: São Paulo, 2004.
- Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2005. p.19-51.
- Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2005. p.71-103.
- Mishima SM, Paula VG, Pereira MJB, Almeida MCP et al. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44:766-73.
- Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S et al. Health Policy in the Financial Crisis. *Eurohealth incorporating Euro Observer* 2012; 18:3-6.
- Molesini JA, Formigli VLA, Guimarães MCL, Melo CMM. Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2010; 34:623-38.
- Mur-Veeman I, van Raak A, Paulus A. Comparing integrated policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy* 2008; 85:172-83.
- Nascimento VB. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. Hucitec: São Paulo, 2007.
- Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2012; 22:1293-311.
- Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p.435-472.
- Nunes CA. *A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia [Tese de Doutorado]*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2011.
- Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20:485-95.
- OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Data 2012*. OECD: Paris, 2012. Disponível em: <www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm> Acesso em: 2 fev. 2013.
- Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:386-02.

Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc Saúde Coletiva* 17:3047-56.

Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122-49.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPS/OMS, 2008.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D.C.: OPS, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n.2. Brasília: OPAS, 2010.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*. Cap.4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud, v.1, p.314-405. Washington, D.C.:OPS, 2007a.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en material de recursos humanos para la salud 2007-2015. *27ª Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington, 2007b.

OPS. *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2008.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D.C.: OPS, 2009.

Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. 547-573.

Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007.

Paim JS. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública* 1989; 5:365-75.

Pase HL, Müller M, Morais JÁ. O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento plural* 2012; 10:181-99.

Pereira AMM. Dilemas federativos e regionalização da saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. *Razões públicas para a*

integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ/Abrasco, 2009. p.15-28.

Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1777-88.

Pires MRG, Göttems LB, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/ SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saude Coletiva* 2010; 15:1009-19.

Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciênc Saude Coletiva* 2011; 16:2841-52.

Rocha PM, Sá AB. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciênc Saude Coletiva* 2011; 16:2853-63.

Rosen R, Mountford J, Lewis G, Shand J, Shaw S. Integration in action: four international case studies. London: Nuffield Trust, 2011.

Saltman RB. Unindo as vertentes: atenção primária em perspectiva. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire: Open University Press; 2006. p.113-31.

Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire: Open University Press; 2006.

Santos AM. *Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática e saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA [Dissertação de Mestrado]*. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2005.

Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc Saude Coletiva* 2012; 17:2687-702.

Santos AM, Kochergin CN, Jesus SR, Soares DA, Assis MMA et al. Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região Sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB (Orgs.). *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba, 2010.

Santos L, Andrade LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Conasems/Idisa: Brasília/Campinas, 2007.

Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saude Coletiva* 2008; 13:1431-40.

Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. Campos In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 383-392.

SEI (Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia). *Primeiros resultados do censo 2010*. Secretaria de Planejamento: Bahia, 2011. Disponível em: <www.sei.ba.gov.br> Acesso em: 20 mar. 2011.

SEI (Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia). *Principais resultados da PNAD 1999-2009*. Secretaria de Planejamento: Bahia, 2009. Disponível em: <www.sei.ba.gov.br> Acesso em: 20 mar. 2011.

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc Saude Coletiva* 2010; 15:3579-86.

Silva SF. Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: Silva SF (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: Idisa/Conasems, 2008. p.87-99.

Silva, IF, Labra, ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:161-70.

Silva Jr AG, Carvalho LC, Silva VMN, Alves MGM, Mascarenhas MTM. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco: Rio de Janeiro, 2006. p.61-89.

Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Soc.* 2011; 16:991-1004.

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2010; 20:953-72.

Soares LT. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2 ed. v.78. São Paulo: Cortez, 2002. (Questões da nossa época).

Solla J. *Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2006; 30:332-48.

Souza MKB. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011.

Souza MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saude Coletiva* 2009; 14 Suppl 1:1325-35.

- Souza RS, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção de instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.133-56.
- Starfield B. Continuous Confusion? *American Journal of Public Health*. 1980; 70:117-19.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/MS, 2002.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26:20-6.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83:457-02.
- Stein E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. In: Habermas J. *Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer*. Porto Alegre: L&PM, 1987. p.98-133.
- Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly* 2009; 13:16-21.
- Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção de saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Rev. Saúde em Debate* 2003; 27:257-77.
- Teixeira CF, Paim JS, Araújo EC, Formigli VLA, Costa HG. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1993; 9:79-84.
- Tejada-de-Rivero DA. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health* 2003; 8:2-7.
- Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Thiollent M. *Metodologia da pesquisa ação*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: revista de Saúde Coletiva* 2009; 19:777-96.
- Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- TSE. *Tribunal Superior Eleitoral*. Estatísticas e resultados da eleição 2012. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleicoes-2012>> Acesso em 12 dez. de 2012.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger J, Mogollón, Silva MRF, Paepe P. Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26:360-67.

- Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26:94-101.
- Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Morais MLS, Martins PN, Voloschko. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saude Coletiva* 2011; 16:3951-64.
- Viana ALD, Lima LD. *Avaliação nacional das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Relatório teórico-metodológico.* USP/Fiocruz: 2010a.
- Viana ALD, Lima LD. *Avaliação nacional das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. Relatório síntese estadual Bahia.* USP/Fiocruz: 2010b.
- Viana ALD, Lima LD (Orgs.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2005; 15 Suppl 1: 225-64.
- Viana ALD, Fausto MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALD, Elias PEM, Ibañez (Orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios.* São Paulo: Hucitec, 2005. p.150-167.
- Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva.* São Paulo: Fundação Seade 2008; 22:92-106.
- Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2317-26.
- Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:355-70.
- Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1239-50.
- Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Med*, n.6, p.221-30, 1984. Disponível em: <<http://jpubhealth.oxfordjournals.org>> Acesso em: 24 jan. 2011.
- Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangbek K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care.* 2009; 9:1-14.
- WHO. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. *The World Health Report 2008.* Geneva: WHO, 2008a.

WHO. World Health Organization. Integrated health services – what and why? *Technical Brief*. n.1, 2008b.

WHO. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region (EUR/RC59/R3a). 2009.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Apêndice A



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela APS

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Grupo 1 - Gestor estadual, Gestor regional e Gestor municipal)

Entrevistado (a): _____	
Código da Entrevista: _____	Data da Entrevista: / /
Município: _____	Início: _____ Final: _____ Duração: _____
Telefone: _____	E-mail: _____
Idade: _____	Sexo: () M () F
Formação profissional: _____	
Nome do cargo: _____	
Representação em órgão colegiado: _____	
Tempo no cargo: _____	Tempo no colegiado: _____
Local de trabalho: _____	
Endereço profissional: _____	
Entrevistador: _____	

Observações do entrevistador:

Questões-chave:

Enunciados-chave:

Nível político-institucional

1. Fale sobre o processo de regionalização da saúde na macrorregião Sudoeste/microrregião de VC. O que mudou concretamente com o Pacto pela Saúde.
 - *Principais avanços, dificuldades/limites e desafios da regionalização para Estado e para a Micro de VC.*
 - *Qual tem sido o papel do Estado e da DIRES na Microrregião de Vitória da Conquista?*
2. Discorra sobre o papel da SES/CGMR para consolidação da rede de serviços regionalizados na Microrregião de Vitória da Conquista? Essas instâncias debatem o papel da Estratégia Saúde da Família? Há estratégias para centralização do cuidado via ESF?
 - *Prioridade da ESF na rede regionalizada de saúde na agenda política*
 - *Estratégia estadual de integração entre os níveis e coordenação do cuidado via ESF na Microrregião de VC*
 - *Como são definidas as prioridades na rede de serviços regionalizados?*
 - *Existe um Plano de Ação Regional para ESF?*
3. Fale um pouco mais sobre o funcionamento e o papel do CGMR e a relação com a Atenção Básica.
 - *Participação e interesse dos municípios*
 - *Participação e interesse do Estado*
 - *Qual a situação atual do CGMR na microrregião?*
 - *Existe um financiamento regional (PDI) para Atenção Básica? Fale sobre ele?*
 - *E o Coner? E os demais órgão colegiados (COSEMS e CIB) como têm participado no processo de regionalização?*
4. Como as necessidades da população foram/são incorporadas pelo Estado para o planejamento das redes de atenção regionalizadas? (na Microrregião de Vitória da Conquista)
 - *Estratégias de diálogo com a sociedade para construção das redes de saúde. Contribuições e papel dos Conselhos de Saúde e das conferências de saúde*
 - *A ESF aparece como uma demanda social? Quem (sujeito/representação e/ou instância) defende/opõe-se à ESF?*
 - *O perfil epidemiológico e/ou as condições socioeconômicas são levadas em consideração? Fale sobre isso?*
 - *Qual o espaço de debate com a sociedade civil sobre a regionalização? Fale sobre isso.*
5. Fale sobre a/as principal(is) porta(s) de entrada na rede de serviços de saúde. Qual estratégia de acesso utilizada pelos usuários que necessitam de cuidados especializados e hospitalares? Há uma linha de cuidado regional? Há vias alternativas não institucionalizadas? Quais? É debatido no CGMR? Como o Estado propõe e assessora as linhas de cuidado?
6. Fale sobre o papel da ESF na rede regionalizada (avanços, limites e dificuldades). Quais as estratégias para fortalecimento da ESF nos distintos municípios para que estejam articulados com a rede regionalizada? Qual o papel do Estado (DAB)/CGMR em relação à ESF?
 - *Investimento em ESF e no aumento de cobertura*
 - *Estruturação da rede física e incorporação tecnológica (aumento do escopo).*
 - *Existência de apoio matricial e outros profissionais além da equipe mínima (Nasf)*
 - *Estratégia para atração e permanência dos profissionais (médicos principalmente). Quais as dificuldades e facilidades? Como isso é debatido no CGMR? E a Fundação Estatal Saúde da Família?*

Nível Organizacional e Nível das Práticas

7. Qual é a posição/papel da ESF na rede regionalizada?
 - *Fale sobre a estrutura física/insumos para desenvolver suas atividades plenamente*
 - *Qual a carga horária da equipe (e do médico?)*
 - *Há incorporação de outros profissionais além da equipe mínima? Fale sobre isso.*

- Há incorporação de práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, farmácia natural...). Há algum processo de inovação para o trabalho na ESF?
 - O que é proposto para aumentar a qualidade e a resolubilidade da ESF?
 - Como o CGMR debate essas questões?
8. Quais os mecanismos de integração entre os serviços regionalizados? Como se dá a comunicação entre ESF, serviços especializados, de apoio diverso e hospitalares?
- *Central de agendamento de consultas, leitos e regulação*
 - *Cartão de saúde ou instrumentos de identificação (Cartão SUS)*
 - *Existência de prontuário eletrônico*
 - *Existência de protocolos clínicos (Como foram feitos? Funcionam? Etc.)*
 - *Como funciona a referência e a contrarreferência no município/região?*
 - *Existe critério de priorização de atendimento nos serviços?*
9. Como acontece o agendamento de consultas e procedimentos na rede? Qual o papel da ESF nessa dinâmica?
- *Mecanismos de monitoramento das filas de espera. Há conhecimentos sobre o tamanho da lista de espera? Existem estratégias para diminuir as filas? Por que existem as filas? Quem monitora e como?*
 - *O que o usuário faz ou tem que fazer quando não encontra vaga para uma consulta ou procedimento? Como o CGMR se posiciona (debate) em relação a essa questão?*
10. Como é feita a regulação da assistência ambulatorial e hospitalar na microrregião? Como funcionam e quais os principais limites? Por quê?
- *Na sua opinião, quais são os principais gargalos da regulação do sistema regional de saúde?*
11. Existem estratégias de contratualização com os prestadores públicos e privados para a rede? Qual a atual situação?
- *Como é feito o processo de credenciamento de prestadores privados na microrregião?*
 - *Como é monitorada a prestação dos serviços especializados ofertados pelo prestador privado?*
12. Como se organiza o sistema de transporte sanitário na macrorregião/microrregião? (SAMU, procedimentos eletivos, exames complementares, outros). Como a ESF se articula com o sistema de transporte? Como o usuário faz para se deslocar até o serviço de outro município? Quais os problemas relacionados a essa questão?
13. Como as tecnologias de diversas densidades são incorporadas a rede de serviços municipal e regionalizada? Quem/onde/quando discute o tema? (papel da SES/DAB, SMS, CGMR e iniciativa privada).
14. A rede de serviços estrutura-se por meio de linhas do cuidado? Como estas linhas foram priorizadas e qual o papel da ESF nas linhas de cuidados? Há redes temáticas? O que você pensa sobre isso?
15. Como vem se dando a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI)?
- *A ESF é envolvida na PPI?(Avanços, problemas, conflitos)*
 - *Quais os principais problemas da PPI? Fale sobre isso*
 - *Existe consórcio de saúde na microrregião?*
16. Quais os principais desafios e limites para integração da rede de serviços regionalizados? O sistema está integrado? Por quê?
- *Em relação aos incentivos financeiros ou fundos regionais*
 - *Em relação às políticas de gestão do trabalho (salários, concursos, formação etc.)*
17. Atualmente, quem coordena (regula) os cuidados na rede de serviços de saúde na microrregião/município? Qual o lugar ocupado pela ESF? Qual o lugar ocupado pelo município?

18. O desenho regional do SUS trouxe alguma mudança relevante para a prestação de serviços? Quais? A ESF passou a assumir um novo papel? Como?
19. Como os profissionais são preparados/sensibilizados para o trabalho em rede? Existem parcerias com instituição que viabilizam a mudança na formação? Quais os resultados dessas estratégias?
- *Utilização de Sistemas de tecnologia de informação e comunicação (Telessaúde, EAD ou outros)*
 - *Estratégias de Educação Permanente em Saúde. O Pólo de EPS é regional?*
 - *Papel da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)*
 - *Os profissionais conhecem a rede regionalizada? Os profissionais coordenam cuidados na rede municipal e/ou regional?*
20. A ESF está preparada para coordenar os cuidados na microrregião? Por quê? Como?
21. Fale sobre os fluxos dos usuários na rede regionalizada. (Porta de entrada, ESF, atenção especializada, apoios e rede hospitalar)
22. Os profissionais da ESF conhecem os serviços especializados disponíveis no município e na região? Usam instrumentos para encaminhamento para outros serviços e fazem o acompanhamento posterior?
23. Como é o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da ESF no município e na região pelos profissionais dos serviços especializados, gestores e setor privado?

Considerações finais

24. Por favor, faça as considerações adicionais que considerar importantes sobre a ESF na rede regionalizada.

Nota: As questões expostas são guias que devem ser adaptadas ao sujeito entrevistado. Pode haver incorporação de novas questões ou supressão de alguma, conforme representação do sujeito e pertinência no momento da entrevista.

Apêndice B



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela APS

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL (Grupo 2 – Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família)

Código do Grupo: GF-T _____	Data do Grupo: / /
Município: _____	Início: _____ Final: _____ Duração: _____
Local: _____	Número de participantes: _____
Moderador: Adriano Maia dos Santos	
Relator: _____	

Nome do participante	Formação	Idade	Tempo na ESF
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Informações complementares sobre o perfil do grupo

1. Quando a população adoece ou tem alguma necessidade de cuidado de saúde, qual o local que ela procura primeiro? Justifique:
2. Quais os principais problemas da ESF? Por quê? O que se faz para superá-los? Como as atividades na USF são organizadas (planejamento, reuniões)? A EqSF possui autonomia necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência das USF?
3. Como as demandas dos usuários são ouvidas pela EqSF? Há CLS? Atividades na comunidade ou com outros setores?
4. Em caso de dúvida sobre tratamento clínico, organização dos serviços etc., como a EqSF consegue resolver? Como é a relação com SMS e as coordenações locais?
5. Sobre a ESF no município, fale a respeito: (avanços, limites e dificuldades)
 - *Como é a marcação de consultas na ESF (critérios, horário, número de vagas, urgências e retornos)*
 - *Como está a estruturação da rede física e incorporação tecnológica (aumento do escopo)*
 - *Existência de apoio matricial e outros profissionais além da equipe mínima (NASF)*
 - *Estratégia para atração e permanência dos profissionais. Por que vocês trabalham aqui? Qual a facilidades/dificuldades de trabalhar em municípios como esse?*
6. Os usuários são agendados por hora marcada na USF? Têm retornos garantidos? Como vocês organizam os atendimentos nas unidades (programados e espontâneos)? Há critérios de prioridade? Há tempo suficiente para o usuário expor o seu problema?
7. A população reconhece a EqSF como referência habitual e usa a USF para o atendimento da maioria das necessidades de saúde? O que a população faz quando tem alguma necessidade em horários e dias em que a ESF não funciona?
8. Como vocês fazem quando um usuário necessita de cuidados especializados e hospitalares (dentro e fora do município)? Como se dá a comunicação entre ESF, serviços especializados, de apoio e hospitalares?
 - *Qual o percurso mais comum? Existem outras formas? Há interferências ou favorecimentos?*
 - *Como são as referências e contrarreferências*
 - *Existência de prontuário eletrônico e protocolos clínicos*
 - *Central de agendamento de consultas, leitos e regulação*
 - *As consultas e/ou exames podem ser marcados na USF?*
 - *Cartão de saúde ou instrumentos de identificação*
9. Como acontece o agendamento de consultas na rede? Qual o papel da ESF nessa dinâmica?
 - *Há vagas suficientes? Como as vagas são distribuídas? Como se prioriza as necessidades? Como as vagas são distribuídas entre as USF?*
 - *Estratégias relacionadas ao planejamento e regulação do tratamento fora do domicílio*
 - *Mecanismos de monitoramento das filas de espera. Há conhecimentos sobre o tamanho da lista de espera (pela equipe ou município)?*
 - *Vocês participam da PPI?*
10. Quando alguém necessita do sistema de transporte sanitário na cidade e na microrregião, como deve fazer? Como a ESF se articula com o sistema de transporte? Qual a condição desse transporte, detalhe, por favor.
11. Os profissionais da ESF conhecem os serviços especializados disponíveis na cidade e na região? Depois de atendido na rede de serviços especializados, há contrarreferência do serviço? Como vocês fazem para dar seguimento ao cuidado? Como o usuário faz para conseguir uma nova consulta?

12. Fale sobre os medicamentos disponíveis (suficiência, variedade, disponibilidade, distribuição), na USF e município.
13. Há visitas domiciliares dos profissionais de saúde de nível superior (em quais situações e frequência)? Há busca ativa (egressos de hospitais, surtos etc.).
14. A EqSF realiza alguma dessas atividades: pequenas cirurgias, suturas, curativos (debridamento), suporte básico de emergência, acompanhamento de acamados (frequência)?
15. Os profissionais da ESF têm participado de debates sobre a organização da rede no município e/ou na região? De que forma?
16. A ESF está preparada para coordenar os cuidados na região de saúde? Por quê? Como?
17. Fale sobre os fluxos (caminhos/itinerários) do usuário na rede regionalizada. (Porta de entrada, ESF, atenção especializada, apoios e rede hospitalar)
18. Como são feitos os encaminhamentos da ESF para os serviços especializados? Existem protocolos clínicos? Vocês consideram adequados? Por quê? Como deveria ser? Por que é assim?
19. Como os profissionais são preparados/sensibilizados para o trabalho na ESF (linha de cuidado)? Existem parcerias com instituição que viabilizam a mudança na formação? Quais os resultados dessas estratégias?
 - *Utilização de Sistemas de tecnologia de informação e comunicação (Telessaúde ou outros)*
 - *Estratégias de Educação Permanente em Saúde*
 - *Encontro com os especialistas*
20. Como é o “prestígio/reconhecimento” dos profissionais da ESF no município e na região pelos profissionais dos serviços especializados, gestores e setor privado?
21. Existem estratégias de diálogo clínico para melhorar a integração entre a ESF e o serviço especializado?

Considerações finais

22. Por favor, façam considerações adicionais que julgarem importantes sobre a ESF e sobre a rede de serviços de saúde municipal e regional.

Apêndice C



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública



Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela APS

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL (Grupo 3 - usuários)

Código do Grupo: GF-U	Data do Grupo: / /
Município: _____	Início: _____ Final: _____ Duração: _____
Local: _____	Número de participantes: _____
Grupo participante: _____	
Moderador: Adriano Maia dos Santos	
Relator: _____	

Nome do participante	Escolaridade	Idade
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Informações complementares sobre o perfil do grupo

4. Vocês participam de alguma forma na organização dos serviços do posto? De que forma? Por quê?
5. O que vocês acham dos cuidados oferecidos no PSF? O que vocês acham dos profissionais? Confiam? Como é ter um PSF?
6. Quando vocês precisam de tratamento em outros locais (especialistas, exames de laboratório, RX e/ou hospitais), como a equipe de PSF faz? Quem marca? O que vocês acham disso?
7. Quando vocês vão a outro serviço de saúde, têm que repetir o problema ou os profissionais já tem um prontuário com as informações de vocês?
8. Quando não há vagas no serviço do PSF ou para alguma consulta com especialista, vocês sabem quanto tempo terão que esperar? Como vocês fazem para conseguir a consulta quando “não tem a vaga”?
9. Como são as visitas domiciliares? Os médicos e enfermeiros fazem visitas? Em quais situações?
10. Quando alguém necessita do sistema de transporte para fazer um exame no município ou em outro município, o que devem fazer?
11. Vocês já precisaram ser atendidos Vitória da Conquista (CEMAE, p.ex.)? Como foi o atendimento?
12. Quais os principais problemas enfrentados por vocês e pela equipe de PSF para conseguir marcar com o especialista? Tem remédios no posto quando precisam? Quais os problemas em relação a medicamentos que vocês percebem?
13. Quando vocês precisam de consulta com especialista como é feita a marcação e como vocês são encaminhados? Vocês são encaminhados por quem? Fale sobre todo o percurso que têm que fazer até seu problema ser resolvido. Vocês consideram adequados? Por quê? Como deveria ser? Por que é assim?
14. Como a equipe do PSF faz para encaminhar uma consulta com especialista quando o serviço não está disponível em seu município?
15. Como é o atendimento com o especialista? Depois que termina a consulta o que você faz com os resultados dos exames? Ele manda você procurar o PSF? O PSF procura saber se você foi atendido pelo especialista? Como isso acontece no seu posto de saúde?
16. Se você “perder” a consulta com o especialista, como faz para conseguir uma nova consulta?
17. Existem momentos na comunidade para conversar sobre os problemas de saúde? Quais os profissionais que participam desses momentos?

Considerações finais

18. Por favor, podem dizer mais alguma coisa relacionada aos serviços de saúde no município ou em outro município, que vocês considerem importante e que eu não perguntei ou não deu tempo para falar.

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e gerentes (Grupo 1)

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pelo doutorando Adriano Maia dos Santos, sob orientação da Prof^a Dr^a Ligia Giovanella, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Este estudo está sendo realizado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: “Analisar a gestão do cuidado em redes de serviços de saúde, tomando como dimensões as políticas institucionais, os processos de organização, integração, coordenação e as práticas de atenção, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, buscando compreender o papel da Estratégia de Saúde da Família na coordenação dos cuidados regionalizados”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um roteiro de entrevista semiestruturado com informações (que serão gravadas) sobre a rede de atenção à saúde na microrregião e acerca da coordenação do cuidado em saúde, percorrendo sobre o papel da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com os diferentes níveis de atenção na rede regionalizada, destacando, ainda, os seguintes aspectos: regionalização e o Pacto pela Saúde; coordenação da informação; coordenação da gestão da atenção; integração entre níveis assistenciais.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação entre a Estratégia de Saúde da Família e os diferentes níveis de atenção à saúde na Bahia, num contexto de regionalização da rede de atenção à saúde, e os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde local/regional e brasileiro.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e tese. Para minimizar o risco da quebra de sigilo pelo número restrito de participantes da pesquisa, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pelo pesquisador, tais como a restrição do uso de citações e a não identificação dos entrevistados na apresentação dos resultados.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora-orientadora e do pesquisador-doutorando, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo.



Adriano Maia dos Santos

Giovanella

Pesquisador-doutorando



Prof.^a Dra. Ligia

Orientadora

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
Av. Brasil, 4036, sala 1001
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21.040-361
Tels.: (21) 2270-6937 / 3882-9134
Fax: (21) 2270-1793
E-mail: nupes@ensp.fiocruz.br
Endereço eletrônico: www.ensp.fiocruz.br
Adriano Maia dos Santos: (77) 8872-0067
e-mail: maiaufba@ufba.br

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 1º andar
Tel: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Universidade Federal da Bahia
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias
Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090
Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Nome:..... Cargo:.....

Data:.....

Apêndice E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Trabalhadores da Saúde (Grupo 2)

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pelo doutorando Adriano Maia dos Santos, sob orientação da Prof^a Dr^a Ligia Giovanella, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Este estudo está sendo realizado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: “Analisar a gestão do cuidado em redes de serviços de saúde, tomando como dimensões as políticas institucionais, os processos de organização, integração, coordenação e as práticas de atenção, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, buscando compreender o papel da Estratégia de Saúde da Família na coordenação dos cuidados regionalizados”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, composto por profissionais de Unidades de Saúde da Família desta cidade, para debatermos juntos sobre a rede de atenção à saúde no município e na microrregião, sobre o papel da Estratégia Saúde da Família na coordenação dos cuidados e sua articulação com os diferentes níveis de atenção na rede local e regional, destacando, os fluxos e contrafluxos que os usuários e os profissionais fazem para resolver os problemas de saúde.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o (a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre a coordenação entre a Estratégia de Saúde da Família e os diferentes níveis de atenção à saúde na Bahia, num contexto de regionalização da rede de atenção à saúde, e os resultados da pesquisa poderão contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde localregional e brasileiro.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e tese. Embora exista o risco da quebra de sigilo pelo número restrito de participantes da pesquisa, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pelo pesquisador, tais como a restrição do uso de citações e a não identificação dos entrevistados na apresentação dos resultados.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora-orientadora e do pesquisador-doutorando, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo.



Adriano Maia dos Santos
Pesquisador-doutorando



Prof^a Dr^a Ligia Giovanella
Orientadora

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
Av. Brasil, 4036, sala 1001
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21.040-361
Tels.: (21) 2270-6937 / 3882-9134
Fax: (21) 2270-1793
E-mail: nupes@ensp.fiocruz.br
Endereço eletrônico: www.ensp.fiocruz.br
Adriano Maia dos Santos: (77) 8872-0067
e-mail: maiaufba@ufba.br

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 1º andar
Tel: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Universidade Federal da Bahia
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias
Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090
Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Nome:.....

Cargo:.....

Data:.....

Apêndice F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuá(ri)os(as) (Grupo 3)

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “*Gestão do Cuidado na Microrregião de Saúde Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pelo estudante de doutorado Adriano Maia dos Santos, sob orientação da Profª Drª Ligia Giovanella, que dará origem à tese (trabalho final do curso) a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Este estudo está sendo realizado na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, que faz parte da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia e pretende: “Analisar a gestão do cuidado em redes de serviços de saúde, tomando como dimensões as políticas institucionais, os processos de organização, integração, coordenação e as práticas de atenção, na Microrregião de Saúde de Vitória da Conquista, buscando compreender o papel da Estratégia de Saúde da Família na coordenação dos cuidados regionalizados”. Ou seja, este trabalho pretende conhecer como os profissionais do PSF fazem para conseguir que os pacientes sejam atendidos em outros serviços de saúde (consultas com especialistas), no mesmo município ou em outros municípios que ficam próximos e oferecem o serviço necessário. Tentando entender quais as dificuldades e facilidades para resolver os problemas de saúde das pessoas nos municípios que ficam na Microrregião de Vitória da Conquista. Estamos estudando esse problema e para isso realizamos entrevistas com os gestores, profissionais da saúde e com as pessoas que usam os serviços.

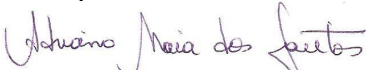
Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, que é uma reunião em grupo para conversarmos sobre o tema desse estudo. O grupo será composto por pacientes dos serviços de saúde que frequentem as Unidades de Saúde da Família deste município. Conversaremos e todos poderão dar sua opinião sobre os serviços de saúde, falando a respeito dos atendimentos e dos encaminhamentos que são feitos para que vocês consigam resolver um problema de saúde, particularmente quando é preciso uma consulta com um especialista, um exame ou quando acontece um problema é necessário um internamento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento (autorização), sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre a organização da saúde na região de Vitória da Conquista e os resultados do estudo poderão contribuir para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) dessa região, da Bahia e até do Brasil.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, ou seja, ninguém, além dos pesquisadores, saberá quem participou da pesquisa. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de relatórios, artigos científicos e tese. Para reduzir o risco da quebra de sigilo pelo número pequeno de participantes na pesquisa, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pelo pesquisador, tais como a restrição do uso de citações e a não identificação dos entrevistados na apresentação dos resultados. Além disso, os resultados são do grupo focal e não de indivíduos isoladamente, o que diminui a possibilidade de identificação do autor da fala.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste documento onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora-orientadora e do pesquisador-doutorando, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo.



Adriano Maia dos Santos
Pesquisador-doutorando

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
Av. Brasil, 4036, sala 1001
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21.040-361
Tels.: (21) 2270-6937 / 3882-9134
Fax: (21) 2270-1793
E-mail: nupes@ensp.fiocruz.br
Endereço eletrônico: www.ensp.fiocruz.br
Adriano Maia dos Santos: (77) 8872-0067
e-mail: maiaufba@ufba.br



Profª Drª Ligia Giovanella
Orientadora

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 1º andar
Tel: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Universidade Federal da Bahia
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro - Candeias
Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.055-090
Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Nome:..... Profissão:.....
Data:..... Idade:.....

