



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA (MEPISCO)
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICA, PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM
SAÚDE

SDNEI GOMES DOS SANTOS

**INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE): O CASO DE UMA REGIÃO DE
SAÚDE DA BAHIA**

Salvador-Bahia
2023

SDNEI GOMES DOS SANTOS

**INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE): O CASO DE UMA REGIÃO DE
SAÚDE DA BAHIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
da Universidade do Estado da Bahia como requisito à
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Linha
de pesquisa: Política, Planejamento, Gestão e Avaliação
em Saúde.

Orientadora: Dra. Ana Paula Chancharulo de
Morais Pereira.

Salvador
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Professor **Edivaldo Machado Boaventura - UNEB – Campus I**

Bibliotecária: Célia Maria da Costa – CRB5/918

S237i Santos, Sdnei Gomes dos

Integração entre atenção primária à saúde (APS) e atenção ambulatorial especializada (AAE): caso de uma região de saúde da Bahia / Sdnei Gomes dos Santos .- Salvador, 2023.

299 f. : il.

Orientador: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Dissertação (Mestrado - Profissional) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – MEPISCO, Campus I. 2023.

Contém referências e apêndices.

1. Saúde pública - Bahia. 2. Cuidados primários de saúde - Bahia. 3. Política de saúde - Bahia. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Pereira, Ana Paula Chancharulo de Moraes. II. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Campus I. III. Título.

CDD: 351.81076

SDNEI GOMES DOS SANTOS

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE): O CASO DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DA BAHIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Linha de pesquisa: Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovado em: **07/ 11/2023.**

Documento assinado digitalmente
 ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIR.
Data: 11/03/2024 17:01:10-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 THAIS REGIS ARANHA ROSSI
Data: 06/12/2023 13:46:41-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

. Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
Data: 08/11/2023 19:15:54-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profª. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi.

(Avaliadora interna)

Profª. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza.

(Avaliadora externa)

Salvador

2023



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
Associação Brasileira nº 1511/84, RUA 14/07/96, Recôncavo Baiano (Paralela 500/95, RUA 14/08/95)



SAÚDE COLETIVA

ATA

Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA - MEPISCO

SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE DEFESA PÚBLICA

Em 7 de novembro de 2023, às 14 hora(s), no(a) Ambiente Virtual na Plataforma Teams do Departamento de Ciências da Vida, Campus I da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, realizou-se a Sessão Pública de Defesa da Dissertação, do(a) Mestrando(a) SDNEI GOMES DOS SANTOS, intitulada: "INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE PIEMONTE DA DIAMANTINA – REGIÃO DE SAÚDE (RS) DE JACOBINA -BAHIA.". O(a) Professor(a) Dr(a) ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS, orientador(a) e Presidente da Banca Examinadora, iniciou a sessão apresentando os demais examinadores: Prof.(a) Dr.(a) THAIS REGIS ARANHA ROSSI - UNEB, membro interno e Prof.(a) Dr.(a) MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA - UFBA, membro externo. A sessão teve a duração de 2h30min. e, após a exposição do trabalho e arguição do(a) discente a Banca emitiu o seguinte parecer:

CONCEITO 9,5 (nove e meio)	APROVADO (X)	APROVADO COM RESTRICÇÃO ()	REPROVADO ()
NOTA/PARECER			
A dissertação é relevante, bem escrita, apresenta tema pertinente e atual com análise e contribuições concretas ao sistema de saúde. O mestrando apresentou com domínio e dentro do tempo regimental. A banca sugeriu aprimoramento na descrição dos objetivos a partir dos ajustes na apresentação dos resultados; resgatar e incorporar dados secundários (análise documental); e, inclusão de novas referências para ampliação da discussão. Outras considerações constam nos pareceres individuais.			

Para lavrar a presente Ata, eu, Prof. (a) Dr.(a) ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS, presidente da Banca, encerro a presente ATA, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Banca.

Documento assinado digitalmente



ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA
Data: 11/09/2023 11:04:30-0000
Verifique em <https://validar.ufba.gov.br>

Salvador-BA, 07 de novembro de 2023.

Documento assinado digitalmente



MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
Data: 09/11/2023 11:23:04-0000
Verifique em <https://validar.ufba.gov.br>

Professor(a) Dr.(a) ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Orientador(a) Presidente

Professor(a) Dr.(a) MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Examinador(a) Externo

Professor(a) Dr.(a) THAIS REGIS ARANHA ROSSI
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Examinador(a) Interno

SDNEI GOMES DOS SANTOS

Discente

Documento assinado digitalmente



THAIS REGIS ARANHA ROSSI
Data: 09/11/2023 11:40:41-0000
Verifique em <https://validar.ufba.gov.br>

Documento assinado digitalmente



SDNEI GOMES DOS SANTOS
Data: 09/11/2023 14:57:42-0000
Verifique em <https://validar.ufba.gov.br>

Aos meus pais, minha família e aos mestres que
fizeram parte da minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por permitir que esse caminho se desenrolasse no momento exato da minha jornada profissional; sendo ele meu porto seguro ao qual recorri e que me concedeu força nos momentos mais desafiadores.

À minha esposa Daniele, expresso minha profunda gratidão pelo apoio inestimável que me proporcionou ao longo desta jornada, um apoio verdadeiramente fundamental. E à minha filha Helena, agradeço, mesmo não compreendendo minha ausência em diversos momentos, foi uma fonte constante de motivação e alegria durante todo o processo. Amo vocês!

Aos estimados colegas da Faculdade Ages de Medicina, que se constituíram como fonte de inspiração e motivação decisivas na escolha e realização do curso. À respeitável colega psicóloga Tatiana Tarrão, sou profundamente grato por termos compartilhado as angústias e experiências que permearam todo o trajeto, desde o processo seletivo até a notícia da aprovação.

Aos ilustres sogros, Lúcia e Raimundo, e à minha estimada cunhada Samara, manifesto meu sincero agradecimento pelo apoio generosamente concedido à minha família nos momentos de minha ausência.

Aos estimados colegas do MEPISCO, desejo expressar minha profunda gratidão pela parceria, companheirismo e compartilhamento de experiências que enriqueceram sobremaneira esta pós-graduação. Nossa turma é verdadeiramente excepcional, composta por profissionais incríveis. Foi uma experiência fantástica fazer parte deste grupo e enriquecer minha formação ao lado de vocês. Levo cada um(a) no coração para toda a vida! Faço uma menção especial à Denise e Lavínia, cuja parceria, compartilhamento de angústias e apoio foram fundamentais na reta final deste percurso. Minha gratidão é imensa por tudo que compartilhamos, queridas colegas!

Aos ilustres professores do programa de pós-graduação (MEPISCO), desejo expressar minha mais profunda gratidão pela excepcional mediação, compreensão, compartilhamento de conhecimento e inúmeras contribuições que moldaram nossa formação, transformando-se em verdadeiras fontes de inspiração. À Universidade do Estado da Bahia (UNEB), manifesto minha profunda gratidão por tornar possível a concretização deste tão almejado sonho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Jacobina, gostaria de expressar minha sincera gratidão pela autorização concedida para a realização desta pesquisa. À Diretoria Geral da Policlínica Regional de Saúde, agradeço por terem me acolhido e permitido conduzir meu

estudo em suas instalações. E, em especial, desejo estender meus agradecimentos à Nathália, Assessora Técnica Assistencial, pela valiosa contribuição e apoio prestados ao longo da pesquisa.

À estimada orientadora, Professora Dra. Ana Paula Chancharulo, quero expressar minha profunda gratidão pelo acolhimento, compreensão, orientação, apoio e parceria essenciais durante todo o processo de construção desta dissertação. Foi sob sua orientação que fui apresentado a uma das áreas cruciais da Saúde Coletiva: Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde (PPG&A), bem como ao Grupo de Pesquisa que analisa o impacto da implantação dos Consórcios Interfederativos no Estado da Bahia. Através dessa valiosa experiência, aprendi e continuo a aprender diariamente.

À professora Ana Luiza d'Ávila Viana, pela gentileza em ter compartilhado versão digital do livro Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral e caderno de informação técnica do CONASS constando capítulo sobre implementação de política pública.

À querida psicóloga Luciana Modesto, por ter me acompanhado e apoiado durante um bom tempo dessa trajetória, trazendo perspectivas peculiares no que diz respeito às intempéries ocorridas e cuidando da minha saúde mental nesse período.

Por fim, mas não menos importante, desejo manifestar meu agradecimento a mim mesmo, por não ter desistido nos momentos de dificuldade. Realizar uma pós-graduação, inicialmente no formato remoto em meio à pandemia do COVID-19, residindo no interior e mantendo dois vínculos não foi tarefa fácil, além dos outros papéis sociais que desempenho. Portanto, reconheço a importância de minha própria perseverança. Em suma, sou grato a todos que estiveram ao meu lado ao longo desta jornada, torcendo por mim, direta ou indiretamente.

“Há uma força motriz mais poderosa que o vapor,
a eletricidade e a energia atômica: a vontade.”
(Albert Einstein).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
AAE	ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CAMAB BÁSICA	CADERNO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CFEM	COMPENSAÇÃO FINANCEIRA PELA EXPLORAÇÃO DE RECURSOS MINERAIS
CGMR	COLEGIADOS DE GESTÃO MICRORREGIONAL
CHD	CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE
CIT	COMISSÕES INTERGESTORES TRIPARTITE
CIR	COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
COAP	CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE
CONASS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CPT	COMISSÃO PASTORAL DA TERRA
DCV	DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DAB	DIRETORIA DA ATENÇÃO BÁSICA
DCbV	DOENÇAS CEREBROVASCULARES
DIC	DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EC	EMENDA CONSTITUCIONAL
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
ICSAB	INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

LOS	LEI ORGÂNICA DA SAÚDE
LC	LINHA(S) DE CUIDADO(S)
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
MEPISCO	MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
NOB	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
NRS	NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE
PAS	PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
PDR	PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
PMDI	PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNAES	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE
PP	PLANO PLURIANUAL
PRI	PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO
PRS	POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE
PMSUS	PRÁTICAS MÉDICAS NO SUS
PPI	PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA
PIB	PRODUTO INTERNO BRUTO
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
RUE	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
RAMI	REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RCPD	REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
RS	REGIÃO DE SAÚDE
SESAB	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SISPACTO	SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SBC	SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
SBH	SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO

TCLE	TERMO DE CONENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UC	UNIDADE CURRICULAR
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
UNEB	UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistema Fragmentado X Sistema Integrado.....	29
Quadro 2 - Série temporal – Política de Redes.....	38
Quadro 3 – Marcos legislativos – RAS.....	39
Quadro 4 – Consequências sistêmicas da fragmentação.....	40
Quadro 5 – Aspectos fundamentais da RAS	40
Quadro 6 - IDH, Ranking estadual e nacional segundo municípios da região de saúde de Jacobina, Bahia, Brasil.....	54
Quadro 7 – Territórios de identidade do Estado da Bahia.....	55
Quadro 8 - Quantitativo de estabelecimentos de saúde por município - Território Piemonte da Diamantina.....	56
Quadro 9 – Previne Brasil: metas e resultados – Macrorregião Centro Norte.....	58
Quadro 10 - Plano de análise documental.....	61
Quadro 11 - Fases da análise temática.....	61
Quadro 12 – Etapas do Ciclo da Política Pública.....	63
Quadro 13 - Plano de análise para estudo da implementação da política na RS de Jacobina. .	66

ESTUDO I

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	75
Quadro 2. Porcentagem de aproveitamento do corpus textual.....	78
Quadro 3 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 1 – Integração/Compartilhamento do cuidado.....	78
Quadro 4. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 2 – Regulação.....	79
Quadro 5. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 3 – Acompanhamento.....	79
Quadro 6. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 4 – Suficiência da Rede.....	79
Quadro 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 5 – Acesso.....	80
Quadro 8 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 6 – Estratégias de aprimoramento para integração da APS e AAE...	81
Quadro 9. Fases da análise temática.....	81

ESTUDO II

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	116
Quadro 2. Porcentagem de aproveitamento do corpus textual.....	118
Quadro 3 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 1 – RAS – APS como centro de comunicação.....	119
Quadro 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 2 – Governança Regional.....	119
Quadro 5 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 3 – Qualificação das relações interfederativas.....	120
Quadro 6. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 4 – Financiamento da RAS.....	120

Quadro 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 5 – Pactuação regional.....	120
Quadro 8 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 6 – Avaliação em saúde.....	121
Quadro 9 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 7 – Suficiência da rede.....	121
Quadro 10 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 8 – Integração assistencial.....	121
Quadro 11. Fases da análise temática.....	122

ESTUDO III

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	151
Quadro 2. Porcentagem de aproveitamento do corpus textual.....	153
Quadro 3 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 1 – Recursos humanos; Corpus 2 – Qualificação profissional; Corpus 3 - Recursos Regulatórios; Corpus 6 – Demanda especializada.....	153
Quadro 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 4 – Processo de regulação assistencial.....	154
Quadro 5 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 5 – Gerenciamento do tempo de espera.....	154
Quadro 6 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 7 – Absenteísmo.....	154
Quadro 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 8 – Suficiência da rede.....	155
Quadro 8. Fases da análise temática.....	156

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte/Bahia (2010-2019).....57
- Gráfico 2** – Taxa de internação hospitalar por AVC de pessoas de 30 a 59 anos por regiões de saúde. Macrorregião Centro-Norte. Bahia, 2012-2020.....58
- Gráfico 3** - Taxa de Internação (10.000 hab) por IAM - faixa etária: 30 a 59 anos - Regiões e Macrorregião de Saúde Centro - Norte. Bahia. 2012-2020.....59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema fragmentado X Sistema integrado.....	34
Figura 2 - Organização piramidal X Sistema Integrado.....	34
Figura 3 – Relação de municípios pertencentes à Macrorregião Centro Norte.....	52
Figura 4 – Cartografia ampliada da RS de Jacobina.....	52
Figura 5 - Relação de municípios da região de saúde de Jacobina segundo estimativa populacional de 2021 e área em Km ²	53
Figura 6 - O Ciclo da Política segundo Howlett, Ramesh e Perl	63

ESTUDO I

Figura 1 - Mapa temático 1 - Segmento Assistencial.....	77
Figura 2. Mapa temático 2 – Segmento Assistencial.....	83
Figura 3. Mapa temático final – Sistematização dos temas para análise - Segmento Assistencial.....	84

ESTUDO II

Figura 1. Mapa temático 1 - Segmento Gestão.....	117
Figura 2. Mapa temático 2 – Segmento Gestão.....	123
Figura 3. Mapa temático final – Sistematização dos temas para análise - Segmento Gestão.....	124

ESTUDO III

Figura 1. Mapa temático 1 - Segmento Regulação.....	152
Figura 2. Mapa temático 2 – Segmento Regulação.....	156
Figura 3. Mapa temático final – Sistematização dos temas para análise - Segmento Regulação.....	157

RESUMO

A ideia de promover integração e coordenação dos cuidados como estratégia para aprimorar o sistema de saúde enfatiza a importância fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) como instância coordenadora e organizadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo impacta positivamente o acesso aos serviços de saúde, a qualidade do atendimento e a redução dos custos. No entanto, há fatores que tanto facilitam quanto dificultam a integração entre os níveis de atenção. Esta pesquisa buscou analisar e descrever a integração entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no cuidado, utilizando como traçador a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Território de Identidade Piemonte da Diamantina, identificando facilidades e dificuldades. Adotou-se o método de estudo de caso, utilizando dados primários (entrevista semiestruturada) e secundários (documentos). O conteúdo das entrevistas foi processado através do software Iramuteq e analisado a partir da perspectiva de análise temática do discurso, tendo como referencial teórico o ciclo da política pública, Redes de Atenção à Saúde e Federalismo. Os resultados foram sistematizados em três estudos. O **estudo I** abordou a perspectiva dos profissionais da assistência sobre a integração APS e AAE, o qual revelou que a implementação da PRS melhorou o acesso aos serviços de saúde, mas a integração enfrenta obstáculos, incluindo falta de padronização nos processos, alta rotatividade de profissionais, interferências no processo regulatório e busca por serviços privados devido a fragilidades na linha de cuidado. O **estudo II** retratou a perspectiva da gestão, sendo destacado a importância da integração para melhoria da continuidade do cuidado na RAS. Os desafios apontados direcionam-se ao perfil dos especialistas, eficácia dos serviços da cidade polo, priorização da atenção secundária em detrimento da APS, questões políticas e financeiras. O **estudo III** fundamentou-se em apresentar a perspectiva dos técnicos da regulação. A inclusão do transporte sanitário foi vista como uma forma de melhorar a acessibilidade. No entanto, existem desafios na capacidade da RAS de atender às necessidades de pacientes com doenças crônicas, devido à demanda não atendida por falta de especialistas. A parceria com o setor privado foi considerada, sendo fundamental avaliar e fortalecer a capacidade da rede pública. O **produto técnico** pensado teve como propósito fomentar a integração, a comunicação e o compartilhamento de práticas assistenciais entre a APS e AAE. Para superação de obstáculos voltados à integração, é necessário comprometimento abrangente e cooperação efetiva entre diversos atores: profissionais da saúde, gestores interfederativos e técnicos da regulação; compreendendo a situação local, identificarem problemáticas, focalizando ações na promoção da integralidade, aprimorando a coordenação do cuidado e, principalmente, oferecendo uma assistência de maior excelência aos usuários do SUS.

Palavras-chave: Integração; Atenção Primária à Saúde; Atenção Ambulatorial Especializada.

ABSTRACT

The idea of promoting integration and coordination of care as a strategy to improve the health system emphasizes the fundamental importance of Primary Health Care (PHC) as a coordinating and organizing body of the Health Care Network (RAS). This process positively impacts access to health services, the quality of care and the reduction of costs. However, there are factors that both facilitate and hinder integration between levels of care. This research sought to analyze and describe the integration between PHC and Specialized Outpatient Care (AAE) in care, using Systemic Arterial Hypertension (SAH) in the Piemonte da Diamantina Identity Territory as a tracer, identifying facilities and difficulties. The case study method was adopted, using primary (semi-structured interviews) and secondary (documents) data. The content of the interviews was processed using the Iramuteq software and analyzed from the perspective of thematic discourse analysis, using the public policy cycle, Health Care Networks and Federalism as a theoretical reference. The results were systematized in three studies. Study I addressed the perspective of care professionals on PHC and AAE integration, which revealed that the implementation of PRS improved access to health services, but integration faces obstacles, including lack of standardization in processes, high turnover of professionals, interference in the regulatory process and search for private services due to weaknesses in the line of care. Study II portrayed the management perspective, highlighting the importance of integration to improve continuity of care in the RAS. The challenges highlighted are related to the profile of specialists, the effectiveness of services in the hub city, prioritization of secondary care to the detriment of PHC, political and financial issues. Study III was based on presenting the perspective of regulatory technicians. The inclusion of health transport was seen as a way to improve accessibility. However, there are challenges in the RAS's ability to meet the needs of patients with chronic illnesses, due to unmet demand due to a lack of specialists. Partnership with the private sector was considered, and it was essential to evaluate and strengthen the capacity of the public network. The technical product designed had the purpose of promoting integration, communication and sharing of care practices between PHC and AAE. To overcome obstacles aimed at integration, comprehensive commitment and effective cooperation between different actors is necessary: health professionals, inter-federative managers and regulatory technicians; understanding the local situation, identifying problems, focusing actions on promoting comprehensiveness, improving care coordination and, above all, offering greater excellence in assistance to SUS users.

Keywords: Integration; Primary Health Care; Specialized Outpatient Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 OBJETIVO GERAL	26
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 SISTEMAS DE SAÚDE INTEGRADOS	27
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA	35
2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOVER A INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL	37
2.4 COMO PENSAR REDES REGIONALIZADAS A PARTIR DO MODELO FEDERATIVO BRASILEIRO?	42
3 METODOLOGIA	51
3.1 LOCAL DO ESTUDO	51
3.1.1 TERRITÓRIO PIEMONTE DA DIAMANTINA	56
3.2 A HAS NO CONTEXTO DO ESTUDO	57
3.3 FONTES DE PRODUÇÃO DE DADOS	59
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	60
3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	60
4 ASPECTOS ÉTICOS	70
5. PROCESSAMENTO DOS DADOS	70
6. ESTUDO I	72
REFERÊNCIAS	108
7. ESTUDO II	112
REFERÊNCIAS	143
8. ESTUDO III	147
REFERÊNCIAS	171
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS	178
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – SÍNTESE – ARTIGOS - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE	187

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	192
APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DA APS.....	194
APÊNDICE 4: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DA PRS/AAE	195
APÊNDICE 5: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DA REGULAÇÃO MUNICIPAL	196
APÊNDICE 6: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GESTOR MUNICIPAL E GESTOR ASSISTENCIAL DA PRS	197
APÊNDICE 7 – PRODUTO TÉCNICO.....	198
APÊNDICE 8 – CARTA CONVITE.....	204
REFERÊNCIAS.....	205
APÊNDICE 9 - RESUMO ANALÍTICO – ATAS DA CIR – RS DE SAÚDE DE JACOBINA.....	207
APÊNDICE 10 - CORPUS E EXTRATOS DE FALA – SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	214
APÊNDICE 11 - CORPUS E EXTRATOS DE FALA – SEGMENTO GESTÃO.....	239
APÊNDICE 12 - CORPUS E EXTRATOS DE FALA – SEGMENTO REGULAÇÃO.....	263

ANEXOS

ANEXO 1 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS 1 – SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	281
ANEXO 2 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS 2 – REGULAÇÃO - SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	282
ANEXO 3. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS 3 – ACOMPANHAMENTO - SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	283
ANEXO 4 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS 4 – SUFICIÊNCIA DA REDE- SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	284
ANEXO 5 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES – CORPUS 5 – ACESSO - SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	285
ANEXO 6. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 6 – ESTRATÉGIAS DE APRIMORAMENTO PARA INTEGRAÇÃO DA APS E AAE - SEGMENTO ASSISTENCIAL.....	286
ANEXO 7 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 1 – RAS – APS COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO – SEGMENTO GESTÃO.....	287
ANEXO 8 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 2 – GOVERNANÇA REGIONAL – SEGMENTO GESTÃO.....	288
ANEXO 9. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 3 – QUALIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS – SEGMENTO GESTÃO.....	289
ANEXO 10. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 4 – FINANCIAMENTO DA RAS – SEGMENTO GESTÃO.....	290
ANEXO 11. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 5 – PACTUAÇÃO REGIONAL – SEGMENTO GESTÃO.....	291
ANEXO 12 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 6 – AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SEGMENTO GESTÃO.....	292

ANEXO 13 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 7 – SUFICIÊNCIA DA REDE – SEGMENTO GESTÃO.....	293
ANEXO 14 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 8 – INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL – SEGMENTO GESTÃO.....	294
ANEXO 15 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 1 – RECURSOS HUMANOS; CORPUS 2 – QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL; CORPUS 3 - RECURSOS REGULATÓRIOS; CORPUS 6 – DEMANDA ESPECIALIZADA – SEGMENTO REGULAÇÃO.....	295
ANEXO 16 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 4 – PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL – SEGMENTO REGULAÇÃO..	296
ANEXO 17 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 5 – GERENCIAMENTO DO TEMPO DE ESPERA – SEGMENTO REGULAÇÃO.....	297
ANEXO 18 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 7 – ABSENTEÍSMO – SEGMENTO REGULAÇÃO.....	298
ANEXO 19. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 8 – SUFICIÊNCIA DA REDE – SEGMENTO REGULAÇÃO.....	299

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida por Starfield (2002), como primeiro nível assistencial inserido no sistema de saúde, sendo caracterizada por ações longitudinais e integrais que agregam principalmente tecnologias como produção de vínculo, autonomia, acolhimento, definidas por Merhy (1997) como tecnologias leves, estando disponíveis ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que devem estar localizadas preferencialmente, próximas ao lugar onde vivem e trabalham as pessoas (BRASIL, 2020).

Concebida como estratégia organizativa do sistema de atenção à saúde, compreendendo formas de apropriação, recombinação e reordenação dos recursos do sistema objetivando a satisfação das necessidades, demandas e representações trazidas pela população, implicando sua articulação como integrante e coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sendo assim, autores propõem que a APS seja responsável pela direção do sistema de atenção à saúde e que as RAS devem ser baseadas na APS (SALTMAN *et al.*, 2006; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010 *apud* MENDES, 2019).

Nesse sentido, a APS constitui-se como primeiro nível de atenção em saúde, sendo caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, ações de cunho diagnóstico, de tratamento e reabilitação, com foco na redução de danos, visando manutenção da saúde com vistas ao desenvolvimento de uma atenção voltada à integralidade, impactando de forma positiva na saúde da coletividade (BRASIL, 2020).

Como porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), precisa ser o centro de comunicação da RAS, pautada pelos princípios da universalidade, acesso, cuidado contínuo, atenção integral, responsabilização, humanização e equidade. Desse modo, sua organização e funcionamento são entendidos como capazes de direcionar o fluxo dos usuários nas RAS, tendo como referência suas necessidades de saúde (BRASIL, 2020).

O entendimento da APS enquanto estratégia de organização do sistema de saúde pressupõe que a mesma deva possuir atributos específicos e desempenhar algumas funções. Como atributos define: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural (STARFIELD, 2002). E, as funções abarcam a resolubilidade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2012).

A presença de todos esses atributos é de extrema importância para que haja uma atenção resolutiva e de qualidade. No Brasil, existem evidências de uma APS heterogênea e desigual, situação que pode ser explicada pela ausência de um ou mais dos atributos citados. A APS será

sólida, quando cumprir as três funções essenciais: comunicação, resolubilidade e responsabilização (MENDES, 2019).

No início da década de 1990, a partir do processo de municipalização do SUS, diversas experiências locais de estruturação da APS ocorreram, com forte indução do Ministério da Saúde, através da adesão a programas ministeriais com previsão de repasses financeiros às gestões municipais (LAVRAS, 2011).

No país, a APS possui desenvolvimento disciplinado na descentralização das ações em saúde, possuindo alto grau de capilaridade, estando presente no território, espaço social com maior proximidade à vida das pessoas. Na atualidade, conforme documentos formais do Ministério da Saúde (MS), o modelo de Saúde da Família é definido como estratégia prioritária. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporciona serviços de caráter multidisciplinar às comunidades através das Unidades de Saúde da Família (USF), dentre outras estratégias (BRASIL, 2020).

Reconhece-se os diversos avanços da APS, logrados a partir da adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo de organização prioritário. Por outro lado, desafios importantes permanecem, em especial no tocante a integração da APS com os demais pontos de atenção. Castro *et al.*, (2021) sinalizam sobre a necessidade de revisão dessa integração, de modo a garantir o acesso ao cuidado coordenado, integral, contínuo e pautado na necessidade do usuário/família.

A integração da APS com outros pontos de atenção tem como linha diretiva, além dos fluxos assistências, as necessidades e demandas em saúde da população, podendo ser desde consultas com especialistas até procedimentos de maior complexidade, a exemplo de transplante (OPAS, 2011). Parte das demandas que chegam à APS não são resolvidas apenas com as ações e serviços ofertados pelas equipes da atenção primária, exigindo assim, o encaminhamento para outros pontos de atenção, que precisam atuar de modo complementar e articulado (BRASIL, 2010).

A garantia da integralidade da atenção perpassa, também, pela organização e efetivação de redes regionalizadas de atenção à saúde, tendo como lócus uma região de saúde. Neste tipo de arranjo institucional é essencial a criação de mecanismos robustos de negociação e pactuação entre Estado e Municípios, assim como, de integração intra e intermunicipal, capaz de proporcionar a integração de serviços em rede, permitindo que o usuário caminhe sanitariamente com qualidade (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Assim, uma das formas de fomento à integração entre diferentes níveis assistenciais é a definição e o estabelecimento de fluxos de atenção, com a indicação de referência e

contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada favorecendo a continuidade do cuidado e integralidade na atenção (BRASIL, 2011).

Os problemas de saúde que não podem ser resolvidos em nível de APS deverão ser referenciados para serviços dotados de maior complexidade tecnológica, ofertados na região, como os ambulatorios de especialidades, os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e atenção hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2012).

A atenção especializada é definida de forma geral pelo espaço em que há desenvolvimento de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais incorporadas em processos de trabalho que agregam maior densidade tecnológica, denominadas tecnologias especializadas. Neste sentido, faz-se necessário que na Rede de Atenção à Saúde esse nível assistencial esteja integrado à APS assegurando o princípio da integralidade (SOLLA; CHIORO, 2012).

Conforme Mendes (2019) as evidências sinalizam que é de suma importância que haja na RAS relações positivas entre a APS e AEE, envolvendo profissionais generalistas e especialistas, visando obtenção de resultados sanitários satisfatórios, garantindo assim cuidado adequado e integral no contexto de condições crônicas. Castro, Campos e Fernandes (2021) apontam que é consenso no Brasil que a Atenção Primária a Saúde (APS) possui capacidade de resolução de 80% dos agravos de saúde da população; por outro lado, chamam atenção para a necessidade de reorganização do SUS e da integração da APS com os demais pontos de atenção, superando a fragmentação da assistência.

Por outro lado, observa-se sistemas locorregionais fragmentados, dificultando o estabelecimento de relações de integração consistente e coordenada. Essa fragmentação, torna a AAE um ponto de atenção isolado, organizado internamente de forma fragmentada a partir dos serviços que produz, e externamente, sem ou com frágil comunicação com os demais serviços, principalmente com a APS (MENDES, 2019). A ausência de integração entre APS e AAE faz com que as pessoas ao percorrerem pelos distintos pontos de atenção na RAS, estejam sujeitas a falhas no diagnóstico e tratamento, bem como serviços prestados de forma ineficiente (MENDES, 2019).

Pesquisas demonstraram que, para 20% das pessoas usuárias, os resultados de exames ou as informações médicas não estavam disponíveis na data da consulta médica agendada, e 25% das pessoas usuárias disseram que os profissionais de saúde repetiram exames que já haviam sido feitos por solicitação de outros profissionais. Em uma pesquisa de opinião sobre a atenção à saúde, aproximadamente 50% das pessoas usuárias disseram ter experimentado desperdício ou ineficiência no sistema, e 33% afirmaram que o sistema é organizado de forma pobre. As pessoas usuárias diagnosticaram que a comunicação deficiente entre os profissionais da APS e da

atenção especializada foi responsável pelo incremento das visitas aos médicos (STREMIKIS *et al.*, 2011 *apud* MENDES, 2019).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2011) um dos processos mais complexos na estruturação dos sistemas de saúde é articular os pontos de atenção. Essa articulação e coordenação da rede partindo da APS necessita envolvimento de estratégias de gestão para que a APS tenha a capacidade de coordenação do cuidado na RAS.

Estudo realizado por Viegas e Pena (2013) no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais, identificou que o acesso à atenção especializada e a comunicação integrada entre APS e AAE sofrem influências que interferem na operacionalização do cuidado em rede. Já, pesquisa realizada por Albuquerque *et al.*, (2013), em Recife, identificou haver dificuldades diárias na integração da APS e AAE visualizadas no processo sistemático de diálogo entre os serviços, onde havia maior preocupação com questões burocráticas no tocante à implantação de protocolos de acesso à atenção especializada, em detrimento do funcionamento integrado em rede.

Revisão do estado da arte realizada pelo autor do presente estudo, identificou baixa produção acadêmica no tocante à abordagem da temática no contexto brasileiro.¹ Os quinze artigos selecionados foram publicados entre 2012 e 2021, apresentando maior volume de publicação no ano de 2019. Em relação aos objetivos, os estudos buscaram responder o papel da APS na coordenação do cuidado, o panorama deste nível assistencial no país, concernente a integração à rede assistencial, identificando e analisando estratégias de integração, principalmente em nível regional, descrevendo o planejamento e construção das redes de atenção, através da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), bem como o acesso à RAS na perspectiva dos usuários. Evidenciaram também, experiências acerca da implantação de serviços de tele consulta como mecanismo de integração à APS e opiniões de médicos sobre coordenação clínica entre níveis assistenciais (primário e secundário).

Em suma, os principais achados trazem que a integração da APS aos demais serviços do SUS, ocorre ainda de forma muito incipiente, gerando no sistema de saúde um modelo fragmentado de cuidado; demonstram a APS enquanto coordenadora da RAS e os desafios na

¹ Busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção que reúne diversas bases de dados produzidos no Brasil, América Latina e Caribe, ao combinar os descritores APS, Integração e AAE e operador booleano AND, chegou-se a 56 documentos. Ao submeter tal resultado aos critérios de inclusão (artigo científico, acesso a texto completo, ano de publicação: 2012-2021, idioma português e inglês) identificou-se 37 artigos, que após a leitura do título e do resumo, extração de duplicatas, selecionou-se 15 manuscritos. Ao adotar na busca a estratégia de combinar os três descritores o resultado foi a indicação de apenas 06 documentos, que após a submissão aos critérios de elegibilidade restaram 05 artigos. Ressalta-se que foi verificado a existência de artigos comuns nos resultados das duas estratégias de busca. **Ver Apêndice 1 – Quadro 13.**

garantia do acesso ao atendimento especializado. Artigos: 1, 5, 8 A deficiência na coordenação do cuidado, desordenamento de fluxos, fragilidade de mecanismos de referência e contrarreferência, tempo insuficiente para utilizar os mecanismos, atitudes em relação à coordenação, encaminhamentos inadequados, comunicação interprofissional insuficiente, disputa predatória por médicos, sinalizam necessidade de fortalecimento dos processos de integração entre os níveis assistenciais, visto que esta desarticulação interfere no acesso à usuários de locais distantes, reforçando manutenção das iniquidades intra e intermunicipais, além de contribuir para a ocorrência de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAP). Artigos: 4, 5, 10, 11, 14, 15 Para além disso, os processos regulatórios necessitam ter o usuário e suas necessidades como objetivo central, para que assim promovam garantia do direito à saúde e conseqüentemente implementação efetiva da política. Artigo 2

O estado da arte indicou ainda que, a integração entre os níveis assistenciais pode ser qualificada e potencializada através de ações estratégicas de apoio matricial envolvendo atividades compartilhadas: consultas médicas, discussões de casos, ações clínicas, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), atividades de educação permanente, discussão do processo de trabalho, intervenções e visitas ao território Artigos: 2, 9. Estratégias de telecomunicação, mecanismos facilitadores de transferências de informações e o contato físico entre profissionais foram trazidos como viabilizadores da integração entre os níveis de atenção, qualificando processos e coordenação do cuidado. Artigos: 3, 6, 7, 12, 13, 14 A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) foi citada como importante instrumento de gestão e organização de macro e microprocessos envolvendo APS e AAE nas RAS. Artigo: 9

A partir de pesquisas realizadas pela OPAS, a desintegração entre os serviços de saúde é concebida como um problema sério, seja para os gestores da APS quanto para os da AAE, implicando em gastos desnecessários ao sistema de saúde, fragmentação da assistência, cuidado descontínuo, além da baixa qualidade e resolutividade na assistência prestada em âmbito de prevenção, promoção e recuperação da saúde (OPAS, 1999, 2004 *apud* OPAS, 2010).

Conforme Santos (2018) é preciso implementar ações estratégicas que fomentem a integração entre APS e AAE e por consequência, a assistência contínua do paciente em rede. A simples presença do instrumento de referenciamento do paciente não permite mudança de postura entre os serviços, sendo preciso outras iniciativas. Para a autora, “a articulação entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada ainda se dá de forma incipiente no âmbito do Sistema Único de Saúde” (SANTOS, 2018, p. 18).

Considerando que a APS tem papel estruturante na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conformando-se como centro de comunicação, de modo a ordenar e coordenar o cuidado, favorecendo o acesso em tempo oportuno e continuidade da atenção; considerando a deficiência dos mecanismos de comunicação e integração existentes, apresenta-se esta proposta de trabalho.

Destarte, existe interesse de cunho pessoal do autor, decorrente de sua trajetória profissional na atenção especializada que evidenciou quotidianamente no processo de trabalho, dificuldades na integração com a APS e continuidade do cuidado no território; além de ter estado à frente de atividades de educação permanente que visavam melhor integração entre os níveis de atenção, a exemplo da estratégia de matriciamento. Ademais, a atual ocupação do pesquisador (Docente no Curso de Graduação em Medicina em uma faculdade privada situada no interior) e o fato de estar à frente da Unidade Curricular (UC) de Práticas Médicas no SUS (PMSUS) nas etapas I, II, III e IV, traz uma motivação específica, pelo fato das discussões que envolvem o objeto de estudo estarem presentes frequentemente.

Buscar estratégias que facilitem o estabelecimento de processos que promovam a integração sistemática é de fundamental importância para que a integralidade seja consolidada enquanto princípio do SUS. Isto posto, este estudo busca responder a seguinte pergunta de investigação: como ocorre a integração entre Atenção Primária a Saúde e Policlínica Regional de Saúde (PRS) no cuidado a pessoas com HAS no Território de Identidade Piemonte da Diamantina, pertencente à Região de Saúde (RS) de Jacobina, Bahia, Brasil?

A escolha do traçador HAS decorreu do fato que se conforma como uma condição crônica, de grande magnitude e que requer um cuidado continuado e integrado, com vistas a redução dos riscos e sintomas de agudização, complicações e mortalidade precoce decorrente do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), dentre outros; acrescido por ser uma das principais causas de morbimortalidade na região em estudo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) o Brasil encontra-se na sexta posição entre os países com as taxas mais elevadas de mortalidade por doenças cardíacas, infartos e HAS em adultos de 35 a 74 anos. Conforme informações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), 77% das pessoas que sofrem seu primeiro episódio de AVC possuem HAS, um fator que aumenta o risco de AVC entre 4 e 6 vezes. Além disso, a HAS contribui, de maneira direta ou indireta, para 50% das mortes relacionadas a doenças cardiovasculares, sendo que 69% das pessoas que sofrem seu primeiro IAM também têm HAS, além de constituir-se como a segunda principal causa de doença renal crônica (SBC, 2016 *apud* BAHIA, 2021).

Por consequência, estima-se que vá a óbito, diariamente, no Brasil, mais de 450 pessoas, apenas em decorrência de IAM e AVC (BRASIL, 2007 *apud* BRASIL, 2012). Estudo de Malta *et al* (2022) concluiu que a HAS possui uma alta carga de morbimortalidade no país, onde é o principal fator de risco para óbitos, chegando a 17% do total no ano de 2019.

A análise da integração entre APS e AAE estará circunscrita à utilização do traçador Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no sentido analisar como ocorre o cuidado às pessoas com HAS na rede, levando em consideração os níveis de atenção mencionados.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar a integração entre APS e AAE no cuidado de pessoas com HAS na perspectiva de profissionais da APS, AAE, regulação e gestores na RAS do território de identidade Piemonte da Diamantina - RS de Jacobina, macrorregião Centro-Norte da Bahia.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever como ocorre a integração da APS e AAE no cuidado longitudinal de pessoas com HAS a partir do referencial de redes, federalismo e ciclo da política pública.
- Identificar facilidades e dificuldades na integração entre APS e AAE no cuidado de pessoas com HAS, partindo da política de RAS, federalismo e ciclo da política pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMAS DE SAÚDE INTEGRADOS

O estudo dos sistemas de saúde auxilia no conhecimento do quanto suas estruturas estão sendo efetivas ou não, no tocante aos objetivos de promoção da saúde, garantia e melhoria das condições de saúde da população, cuidado com as pessoas e alívio do seu sofrimento (GIOVANELLA, 2012).

A Organização Mundial da Saúde define sistemas de atenção à saúde como conjunto de ações cuja finalidade principal está relacionada à promoção, restauração e manutenção da saúde de uma população para que os seguintes objetivos sejam atingidos: conquista de um nível excelente de saúde, onde sua distribuição deva ocorrer equitativamente; cidadãos devem ter garantido proteção adequada dos riscos oriundos das vulnerabilidades; acolhimento de forma humanizada; planejamento e oferta de serviços de forma segura, efetiva e eficiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002b *apud* MENDES, 2011).

Para Giovanella (2012) os sistemas de saúde estão relacionados com o desenvolvimento da proteção social, pautados em um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, concretizados em organizações, regras e serviços responsáveis por conduzirem processos relacionados à saúde de uma população.

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011, p. 47).

Atualmente, os sistemas de saúde encontram-se em crise, reflexo da atual situação epidemiológica marcada pelas condições crônicas – mais incisiva nos países desenvolvidos e nos países subdesenvolvidos pela questão da dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde direcionado para respostas às condições agudas e eventos agudos, oriundos da agudização de condições crônicas, de modo reativo, episódico e fragmentado (MENDES, 2011).

A integração entre níveis assistenciais constitui-se um desafio constante, até em sistemas de saúde consolidados e de alto desempenho (BATISTA *et al.*, 2019). A integração precária entre serviços de saúde emerge como característica marcante na maioria dos sistemas

de saúde do continente americano por décadas, resultando em serviços fragmentados e duplicados. Pesquisas da OPAS e OMS trazem evidências que a perda da qualidade da assistência e efetividade da rede são resultantes da desintegração, contribuindo assim ao aumento desnecessário dos custos na atenção à saúde, fortalecimento do acesso desigual e expressiva ineficiência do sistema (SOLLA; CHIORO, 2012).

Além da organização pautada na atenção às condições agudas e crônicas, os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se de forma fragmentada e integrada. Os sistemas fragmentados são voltados principalmente às condições e eventos agudos, já os sistemas integrados costumam estarem focados de forma equilibrada às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, firmemente hegemônicos, caracterizam-se pela organização partindo de um conglomerado de pontos de atenção à saúde, dispostos de forma isolada e sem comunicação, conseqüentemente sendo incapazes de assistir à população de forma contínua. Neste sistema, a comunicação entre APS e AAE flui de forma ineficiente, bem como não há articulação com a atenção terciária, muito menos com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos, havendo ausência também de uma população adscrita de responsabilização (MENDES, 2011). A coordenação do cuidado é essencialmente desafiadora em sistemas nos quais os pontos de atenção são organizados de forma fragmentada (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, encontrados dentro de um modelo de redes de atenção à saúde, são estruturados por meio de uma reunião coordenada por pontos de atenção à saúde, objetivando prestação de uma assistência pautada pela continuidade e integralidade a uma população adscrita (MENDES, 2011). Shortell (1996) *apud* Hartz e Silva (2005) define um sistema de saúde integrado como constituído por uma rede de serviços que funcionam de forma interdependente e coordenada, em termos funcionais, clínicos e financeiros, tendo responsabilidade pela saúde da população adscrita, onde proporciona serviços que prestam cuidados contínuos, adequados às necessidades desta população.

Para além da organização do sistema de saúde por pontos de atenção isolados ou integrados – caracterizando solidamente a denominação de fragmentação e de redes de atenção à saúde – essas formas possíveis de organização dos sistemas de atenção à saúde possuem outras diferenças importantes, influenciadas pela fundamentação teórica-conceitual que as alicerçam (MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados são pautados por uma ideia de uma estrutura marcada pela hierarquia, determinada através de níveis de “complexidades” crescentes, não havendo

isonomia nas relações de ordem e graus entre os diferentes níveis. Essa ideia de sistema hierarquizado apresenta-se vigente no SUS. O sistema universal de atenção à saúde brasileiro apresenta-se organizado conforme sua normatização em: APS, atenção de média e de alta complexidades. Essa visualização contribui para ocorrência de sérios entraves do ponto de vista teórico e operacional, pois apresenta fundamentação partindo de um conceito de complexidade errôneo, ao instituir que a APS é menos complexa do que a atenção nos outros níveis. Essa concepção distorcida de complexidade contribui, para que a APS seja percebida de forma banal e os níveis secundário e terciário, bem como suas práticas marcadas pela maior densidade tecnológica, sejam hipervalorizados (MENDES, 2011).

“Os resultados de sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados para a atenção às condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas, são muito negativos” (MENDES, 2011, p. 51), não sendo diferentes no sistema universal de atenção à saúde do Brasil, explicando os resultados sanitários incipientes oriundos do controle das condições crônicas pelo SUS (MENDES, 2011).

Achados de pesquisas a respeito do controle da hipertensão arterial sistêmica no Brasil sinalizam que o sistema atual não possui efetividade, fazendo-se necessária realização de mudanças robustas, justificadas pela fragmentação do cuidado e direcionamento às condições e aos eventos agudos, sendo episódico e reativo, sem funcionamento efetivo (MENDES, 2011).

Além das características citadas, o Quadro 1 sistematiza as principais características dos sistemas de atenção à saúde abrangendo: forma de organização, coordenação da atenção, comunicação entre os componentes, foco, objetivos, população, sujeito, forma de ação do sistema, ênfase das intervenções e modelo de atenção à saúde.

Quadro 1. Sistema Fragmentado X Sistema Integrado

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	INTEGRADO (RAS)
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de prontoatendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria saúde

A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fontes: Elaborado a partir de Mendes (2001b); Fernandez (2004) *apud* Mendes (2011).

É salutar fazer referência aos componentes do sistema de saúde, que abarcam: cobertura, financiamento, força de trabalho, rede de serviços, insumos, tecnologia e conhecimento e as organizações (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A cobertura pode abranger tanto a população - composta pelos cidadãos de uma nação específica - quanto os serviços. A abrangência populacional refere-se à certificação do acesso da comunidade às intervenções e serviços de saúde. Já a abrangência de serviços diz respeito à extensão dos serviços prestados: o conjunto de ações e serviços aos quais a população tem acesso (GIOVANELLA *et al.*,2012).

O aspecto financeiro, enquanto componente do sistema, refere-se aos recursos econômicos disponíveis para a prestação de cuidados de saúde, ou seja, os meios que sustentam operacionalmente o sistema. No contexto brasileiro, o termo "financiamento" abrange não apenas os recursos que mantêm o sistema, representando a entrada de recursos, mas também engloba a maneira como esses recursos são distribuídos e utilizados internamente, ou seja, a alocação de recursos (GIOVANELLA *et al.*,2012).

A força de trabalho compreende profissionais e técnicos que desempenham atividades no âmbito da atenção à saúde, englobando médicos, enfermeiros, sanitaristas, profissionais das vigilâncias sanitárias, agentes de saúde, farmacêuticos, laboratoristas, entre outros. Diante da crescente complexidade das tecnologias em saúde e da expansão da concepção de saúde para além da mera cura e tratamento de doenças, observa-se atualmente uma multiplicidade de profissionais encarregados de técnicas específicas e exames. Além disso, diversas outras profissões desempenham papéis cruciais no funcionamento dos sistemas, tais como psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Uma intrincada rede de administradores e técnicos especializados em gestão de saúde nos setores público e privado, embora não desempenhem funções diretamente voltadas aos pacientes, desempenha um papel significativo nos sistemas de saúde (GIOVANELLA *et al.*,2012).

Os serviços de cuidados à saúde podem ser categorizados em serviços coletivos e serviços de assistência médica. Os serviços coletivos abrangem atividades voltadas para a prevenção, promoção e controle de ações que impactam a totalidade da população. Destacam-se nessa categoria a vigilância epidemiológica, os serviços de vigilância sanitária e o controle ambiental. Por outro lado, a rede de serviços de assistência individual pode variar conforme o sistema, incluindo serviços ambulatoriais (na atenção básica/primária, clínicas especializadas, exames e procedimentos sem internação), hospitalares, serviços para tratamento de doenças específicas (como hospitais ou unidades especializadas em saúde mental) e cuidados de longa duração (para idosos com perda de autonomia, pessoas com deficiências graves, entre outros) (GIOVANELLA *et al.*,2012).

Os insumos compreendem todos os recursos empregados no tratamento e na prevenção em saúde, abrangendo equipamentos, medicamentos e materiais necessários para a realização de exames diagnósticos (GIOVANELLA *et al.*,2012).

A tecnologia e o conhecimento em saúde representam áreas de significativa importância para aprimorar as condições de saúde das populações, ao abordar alternativas e soluções relacionadas a novas técnicas, práticas, procedimentos e insumos que possibilitam a prevenção e o combate aos desafios da saúde (GIOVANELLA *et al.*,2012).

As organizações são as entidades encarregadas da condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*,2012).

Nessa perspectiva torna-se fundamental também descrever as características do sistema de saúde integrado, dada a importância e complexidade inerentes a esse modelo, bem como articulação e discussão com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e recente Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). A estrutura organizacional adota o conceito de poliarquia, promovendo a participação e distribuição de poder entre os diversos pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e logísticos (MENDES, 2011).

A APS desempenha um papel central na coordenação da atenção, atuando como ponto de entrada e referência para a população, constituindo-se como centro primordial de comunicação na RAS e o ponto de atenção que assume a maior responsabilidade na organização do acesso e na coordenação do cuidado para os usuários de sua área de abrangência. A eficácia na comunicação entre os componentes é assegurada por sistemas logísticos eficientes, garantindo fluxos de informação rápidos e precisos (MENDES, 2011; BRASIL, 2017; BRASIL, 2023).

Os indivíduos sob cuidado da Atenção Especializada manifestam, em determinado período, demandas por cuidados de maior intensidade e/ou de natureza distinta dos oferecidos pela Atenção Primária. Nesse contexto, a Atenção Especializada assume um papel de suporte à Atenção Primária em um sistema de cuidados abrangentes (BRASIL, 2023).

O sistema integrado concentra seu foco nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS, que estratifica a população por subgrupos de risco, proporcionando uma abordagem personalizada. Os objetivos delineados são orientados para a melhoria da saúde da população, com avaliação contínua dos resultados clínicos e econômicos alcançados (MENDES, 2011; BRASIL, 2017; BRASIL, 2023).

A população é adscrita, estratificada e sob responsabilidade da RAS, garantindo uma abordagem abrangente e coordenada. Os indivíduos assumem um papel ativo na gestão de sua

saúde, sendo co-responsáveis e participando ativamente das decisões relacionadas aos cuidados (MENDES, 2011; BRASIL 2017; BRASIL, 2023).

A ação do sistema é proativa e contínua, baseada em planos de cuidados individuais, elaborados em colaboração entre profissionais de saúde e usuários, com busca ativa para identificar necessidades não atendidas. As intervenções abrangem diversas áreas, incluindo promoção, prevenção, tratamento, cuidados e reabilitação, avaliando determinantes sociais, vulnerabilidades e riscos à saúde das pessoas. O modelo adotado é integrado, com estratificação de riscos, voltado aos determinantes sociais da saúde intermediários e proximais (MENDES, 2011; BRASIL 2017; BRASIL, 2023).

A governança sistêmica integra a APS, pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e logísticos, proporcionando uma gestão unificada e eficaz. O planejamento deve ser orientado pelas necessidades de saúde da população adscrita, considerando suas condições e preferências (MENDES, 2011; BRASIL, 2017; BRASIL, 2023).

O cuidado é colaborativo, envolvendo equipes multiprofissionais e usuários, com ênfase no autocuidado apoiado. O conhecimento e ação clínicas são compartilhados entre equipes multiprofissionais, interdisciplinares e interprofissionais e usuários, promovendo uma abordagem holística, centrada nas necessidades de saúde das pessoas (MENDES, 2011; BRASIL 2017; BRASIL, 2023).

A tecnologia de informação é integrada, utilizando cartões de identidade e prontuários eletrônicos, garantindo a articulação efetiva entre todos os componentes da rede, levando em conta critérios de custo-efetividade e a atualização do conjunto de tecnologias, com o objetivo de sustentar a evolução digital do setor de saúde. Isso visa promover a eficácia e eficiência do sistema de saúde, bem como o progresso tecnológico. A organização territorial segue os fluxos sanitários da população, definindo territórios sanitários para melhor atender às demandas locais (MENDES, 2011; BRASIL 2017; BRASIL, 2023).

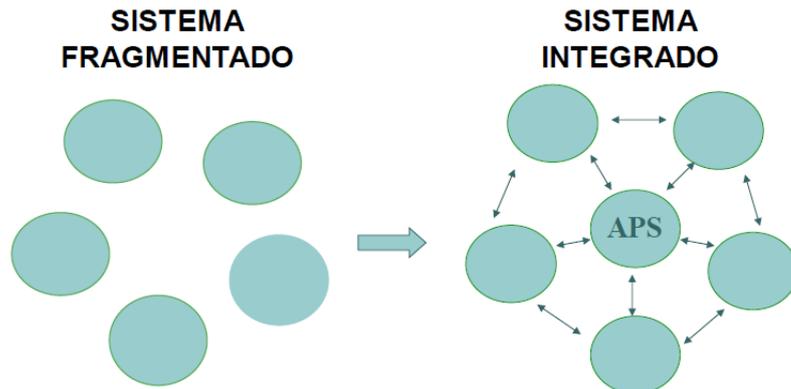
O financiamento é realizado por valor global ou por capitação, tripartite, conforme normas específicas do SUS, abrangendo toda a rede e promovendo a equidade no acesso aos serviços. A participação social deve ser ativa, envolvendo conselhos de saúde com presença na governança da rede, assegurando a voz da comunidade nas decisões (MENDES, 2011; BRASIL 2017; BRASIL, 2023).

Ao articular esses componentes, o sistema integrado de saúde busca concretizar as políticas públicas, transformando-as em práticas eficazes que promovem a saúde e o bem-estar da população. Essa abordagem holística e integrada reflete um compromisso com a

eficiência, equidade e qualidade nos serviços de saúde (MENDES, 2011; BRASIL 2017; BRASIL, 2023).

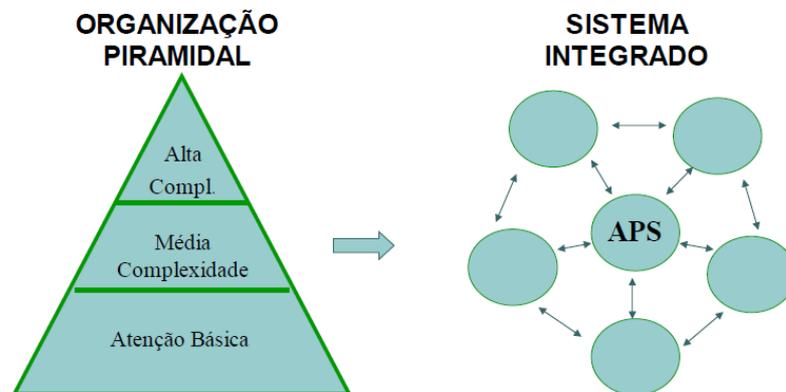
Abaixo, seguem figuras esquemáticas representando as formas alternativas de organização do SUS, comparando o sistema integrado e fragmentado.

Figura 1. Sistema fragmentado X Sistema integrado.



Fonte: MENDES (2002) *apud* MENDES (2011).

Figura 2. Organização piramidal X Sistema Integrado.



Fonte: MENDES (2002) *apud* MENDES (2011).

A partir das experiências internacionais e nacional, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doenças, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde (MENDES, 2011, p. 58).

Conforme autor supracitado, no SUS há o reconhecimento da fragmentação assistencial, onde a proposta da política de Rede de Atenção à Saúde visa superá-la.

A raiz das propostas de novas perspectivas para a atenção às condições crônicas encontra-se pautada em um sistema caracterizado pela coordenação das ações e continuidade do cuidado, com base em processo de cooperação entre gestores, prestadores e usuários. Existem evidências que os usuários dos serviços de saúde valorizam de forma positiva os cuidados coordenados em saúde e reivindicam recebê-los (SCHOEN *et al.*, 2007; TURNER *et al.* 2007, *apud* MENDES, 2011).

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA INTEGRAÇÃO SISTÊMICA

A partir da Declaração de Alma-Ata (1978), a APS passou assumir função organizativa central nos sistemas de saúde, principalmente no sistema de saúde integrado (GIOVAELLA *et al.*, 2017 *apud* CHAVES *et al.*, 2018). A APS possui capacidade de resolução de 80% dos problemas médicos sanitários mais comuns, partindo de uma estrutura permanente e descentralizada, apresentando-se como porta de entrada que viabiliza o acesso da população ao sistema, além de organizar e racionalizar o acesso a serviços da AE e hospitalar, dotados de maior complexidade tecnológica (SOLLA; CHIORO, 2012).

“Descentralização e regionalização são princípios complementares que norteiam a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS)” (LIMA, 2013, p. 73). O modelo descentralizado do SUS, faz com que o município seja o ente federado dotado de autonomia e responsabilidade para execução das ações em nível primário em suas limitações territoriais, onde o tamanho da população é primordial na conformação de uma rede integrada, ponto este essencial para efetivação prática da definição de APS abrangente (KUSCHNIR, *et al.*, 2010 *apud* FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014).

O cuidado fragmentado em saúde apresenta-se atualmente como um dos maiores empecilhos na consolidação de um cuidado de qualidade efetivo, especialmente se considerarmos as consequências do processo de envelhecimento populacional acompanhado pela alta carga de morbidade e interferência na saúde e qualidade de vida das pessoas (MOFFAT *et al.*, 2015; União Europeia, 2017 *apud* BATISTA *et al.*, 2019). A organização da porta de entrada é um dos elementos essenciais para potencializar a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Para Mendes (2002) a APS deve realizar o cumprimento de três funções essenciais: Resolução: visando resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; Organização: estruturando fluxos e contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção

à saúde, no sistema de serviços de saúde; e Responsabilização: implicando-se com a saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção que estejam.

O entendimento da integração assistencial relaciona-se a integração vertical entre serviços de atenção primária e secundária, processo movido pela coordenação, envolvendo tempo, lugares, disciplinas/especialidades (KODER, 2009, *apud* FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014). O processo de coordenação entre níveis assistenciais pode ser definido como articulação entre diversos serviços e ações de saúde, associados à determinada intervenção, ao modo que estejam em sincronia com a finalidade de atingir um objetivo coletivo, independentemente de onde sejam ofertados (ÑÚNEZ *et al.*, 2006 *apud* FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014).

A coordenação assistencial converge à existência de uma rede integrada, iniciando pela APS aos serviços de maior complexidade, de forma que distintas ações de cuidado sejam prestadas ao usuário de maneira longitudinal, conforme suas necessidades de saúde (BOERMA, 2007 *apud* FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014). Desta forma, a APS possui papel fundamental na coordenação assistencial, que funcionaria como atributo organizacional nos serviços de saúde, traduzida pela percepção de um cuidado contínuo, adaptado às necessidades do usuário (ALMEIDA; GIOVANELLA; MENDONÇA; ESCOREL, 2010).

Para analisarmos integração assistencial é fundamental considerarmos a APS em uma perspectiva ampliada, onde além de ser a porta de entrada do usuário no SUS, há procura regular pelos serviços que a compõem (UBS e EqSF), devendo estar integrada à rede, tendo a responsabilidade pela organização do acesso e coordenação do cuidado na RAS, conforme Política Nacional de Atenção Básica (FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014). A consolidação da Política de Atenção Básica encontra-se relacionada à vários desafios, um deles é a melhoria dos processos assistenciais, bem como condições de integração da APS à rede de atenção à saúde (FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014).

Quando a coordenação entre os níveis de atenção encontra-se ausente ocasiona frequentemente baixa qualidade no cuidado, havendo testes diagnósticos duplicados, ocorrência da polifarmácia, inadequação de processos de referência, divergências entre planos terapêuticos, possibilidades de intervenções desnecessárias, onerando assim o sistema de saúde (MOFFAT *et al.*, 2015, União Europeia 2017 *apud* BATISTA *et al.*, 2019), gerando tanto dificuldades no acesso quanto na continuidade, principalmente em usuários com necessidades que requerem complexidade no cuidado em saúde, necessitando de ações que devam envolver

vários profissionais em diferentes níveis do sistema (OPAS, 2010; MCADAM, 2011; WB, 2011 *apud* BATISTA *et al.*, 2019).

A presença de mecanismos de coordenação assistencial, como organização de fluxos e continuidade da informação viabiliza articulação entre APS e AAE (ALMEIDA, *et al.*, 2010). A prática da coordenação do cuidado pela APS está atrelada à integração dessa à rede de serviços, envolvendo ações em nível gerencial e de organização da assistência, promovendo garantia e favorecendo acesso aos serviços de saúde da AAE, reduzindo assim iniquidades sociais (STARFIELD, 2002; WATSON *et al.*, 2004; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006; GIOVAELLA, *et al.*, 2009 *apud* FAUSTO; GIOVANELLA; MENDONÇA; SEIDL; GAGNO, 2014).

Considerando dimensão abrangente da APS, o seu papel enquanto coordenadora do cuidado está relacionado à governabilidade na realização de agendamento à sua rede de referência, realização do monitoramento de filas e tempos de espera no acesso à AAE, contanto que possua instrumentos que operacionalizem a integração assistencial a exemplo de centrais de regulação e prontuários eletrônicos compartilhados, dentre outras tecnologias da comunicação (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Dentre as recomendações que Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) traz sobre a comunicação entre o nível primário e demais níveis de atenção, encontra-se a regulação em saúde, estratégia de extrema importância na estruturação do processo de integração (MENDES, 2011).

O papel da APS na integração sistêmica é fundamental, entretanto, há necessidade da existência de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos) e ferramentas necessárias (comunicação) para que o seu papel estruturante no sistema de saúde seja efetivo e assim o princípio da integralidade seja alcançado no SUS. Neste sentido fortalecer a APS considerando-a como base do sistema de saúde constitui-se como fundamental (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOVER A INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL

O conceito de rede tem sido desenvolvido e utilizado em vários campos do conhecimento e na concepção e operacionalização de diversas políticas públicas, dentre as quais a da saúde, onde tem sido utilizado prioritariamente no campo da atenção, nas chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SANTA *et al.*, 2016, p. 2).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi concebida pelo Ministério da Saúde como estratégia para superação da atenção fragmentada e da gestão nas Regiões de Saúde. Além disso, visa aprimoramento do funcionamento político-institucional do (SUS), objetivando garantir ao usuário conjunto de ações e serviços adequados às suas necessidades de forma efetiva e eficiente (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizadas através de pontos de atenção à saúde, constituindo-se como locais de oferta de serviços de saúde determinantes à estruturação da atenção secundária e terciária. Nas RAS a APS é o centro de comunicação, tendo responsabilidade na ordenação do cuidado (OLIVEIRA, 2016).

Considerando que o SUS propõe para superação de fragmentação histórica a estratégia de redes de atenção à saúde integradas, a Política de Redes de Atenção à Saúde, definida pela Portaria 4.279/2010, vem sendo implementada de forma gradativa. O Quadro 2 apresenta o percurso histórico institucional das redes temáticas priorizadas pelo Ministério da Saúde.

Quadro 2. Série temporal – Política de Redes.

REDE TEMÁTICA	ATO	DATA
Rede Cegonha	Portaria nº 1.409	24/06/2011
RAS	Decreto 7.508	28/06/2011
Rede de Atenção às Urgências (RUE)	Portaria nº 1.600	07/07/2011
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Portaria nº 3.088	23/12/2011
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	Portaria nº 793	24/04/2012
Rede de Atenção à Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas	Portaria nº 483	01/04/2014
Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)	Portaria nº 715	04/04/2022

Fonte: BRASIL (2011, 2012, 2014, 2022); Elaboração do autor.

Apesar da política de redes ser recente no Brasil, tendo sua primeira portaria publicada em 2010, com portaria de consolidação das normas sobre as RAS publicada em 2017 (Portaria nº 3 de 28 de setembro de 2017), no país já existia um esforço na discussão de integração, identificado em diversos marcos legislativos, conforme quadro abaixo, entretanto, na década de 90, Curitiba teve pioneirismo ao instituir o Programa Mãe Curitibana, através da resolução 002/99 da Secretaria Municipal de Saúde em 08 de março de 1999, que foi estruturado dentro de uma concepção de redes, operacionalizado através de Unidades de Atenção Primária à Saúde, Unidades de Saúde da Mulher, Central de Marcação de Consultas Especializadas, maternidades e serviços de referência para gestação de alto risco (MENDES, 2009).

O estado de Minas Gerais também conta com experiência pioneira e exitosa, resultante do Planejamento Estratégico iniciado em 2003, sucedendo ao Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), pois, em 2008 destacou-se pela implantação da primeira rede de Urgência e Emergência na macrorregião Norte do Estado, tendo impacto significativo na redução de óbitos relacionados às situações de urgência e minimização de custos (MARQUES, 2011).

Quadro 3. Marcos legislativos - RAS

MARCO LEGISLATIVO	FINALIDADE
Constituição Federal de 1988	Art. 198 - estabelece que as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;
Lei nº 8080/1990	Art. 7º - versa sobre os princípios e diretrizes do SUS, universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
Norma Operacional Básica –SUS 01/96	Dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS.
NOAS-SUS 01/2002	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;
Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Fonte: Elaboração do autor (2023).

Parte-se do pressuposto de que o processo de construção de redes regionais perpassa pelo diálogo entre a esfera local e regional no intuito de se constituir uma porta que seja resolutiva, abrangente e com governabilidade para assumir a coordenação do cuidado intermunicipal (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Nos últimos tempos o SUS alcançou muitos avanços, no entanto, há dificuldade de superação da fragmentação que permeia as ações e serviços de saúde, além da qualificação da gestão do cuidado. (BRASIL, 2010). Os desafios sanitários do contexto atual trazem à tona a insuficiência do modelo de atenção à saúde vigente, pautado em ações de cunho médico-curativistas, estruturado a partir da oferta (BRASIL, 2010).

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões

sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010, p. 1).

Por consequência, o SUS possui organização da atenção e da gestão estruturada em um cenário caracterizado pela fragmentação expressiva de serviços, programas, ações e práticas clínicas, sinalizados em várias problemáticas apontadas no Quadro 5.

Quadro 4. Consequências sistêmicas da fragmentação.

(1)	Lacunas assistenciais importantes;
(2)	Financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
(3)	Configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
(4)	Fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
(5)	Pulverização dos serviços nos municípios;
(6)	Pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Fonte: (BRASIL, 2010); Elaboração do autor (2023).

A superação dos desafios e avanços da qualificação da atenção e gestão em saúde perpassa pela decisão firme dos gestores do SUS, justificada pelo papel de protagonistas no processo de instituição e organização do sistema de saúde. Essa decisão envolve diversos fatores: técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias responsáveis por gerirem o Sistema, no sentido da garantia dos investimentos e recursos necessários à mudança (BRASIL, 2010).

A estratégia de organização das RAS, vem trazer inovações ao sistema de saúde, visando produzir impactos positivos nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010). O objetivo da RAS centra-se na promoção da integração sistêmica, de ações e serviços de saúde visando atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como o desempenho do Sistema, no sentido de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Visando garantir resolutividade na RAS, há consideração de alguns fundamentos, apontados no Quadro 5.

Quadro 5. Aspectos fundamentais da RAS.

FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
Economia de escala	Permite aumento na capacidade total produzida sem aumento proporcional no custo de produção. Como

	resultado o custo médio de cada serviço / produto tende a ser menor com o aumento da produção dos serviços. Para os gestores de saúde, isso requer maior capacidade de planejamento, regulação do sistema e constituição de redes assistenciais. Dos serviços de saúde públicos ou privados, requer maior profissionalização da gestão, boa governança corporativa, aumento da transparência, desenvolvimento de métricas de eficiência e constituição de redes assistenciais, rompendo com a lógica dos serviços isolados.
Qualidade	A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade.
Suficiência	Conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.
Acesso	Ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado.
Disponibilidade de recursos	Outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

Fonte: BRASIL (2010); SOLLA, CHIORO (2012); Elaboração do autor (2023).

A garantia da eficiência, eficácia, suficiência, acessibilidade e qualidade na prestação de serviços de saúde em uma escala regional possui dependência direta do processo de governança presente na RAS.

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (BRASIL, 2010, p.2).

O exercício de uma governança solidária nas regiões de saúde significa compartilhar estruturas administrativas, recursos, sistemas logístico e de apoio, para além de um monitoramento e avaliação da RAS de forma contínua. A partir deste exercício ocorre enfrentamento de fatores políticos e estruturais do processo de regionalização, a exemplo das relações federativas, público privadas, capacidades internas de gestão, sustentabilidade financeira, regulação da atenção, estabelecimento de padrões de qualidade para provisão de

serviços (públicos e privados), bem como padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde. (BRASIL, 2010).

2.4 COMO PENSAR REDES REGIONALIZADAS A PARTIR DO MODELO FEDERATIVO BRASILEIRO?

“A essência da definição de federalismo aparece na própria constituição da palavra, derivada do latim *foedus*, que significa pacto. (ELAZAR, 1987 *apud* ABRUCIO, 2007, p.2). Um sistema federativo é caracterizado pela união entre entes federados, tendo uma Constituição como base jurídica, onde deve ser obedecida e utilizada como referência aos poderes que ela os assegura. Além disso, é proibido às unidades federadas o direito de secessão, pois à medida em que aderem ao sistema, passam a integrar o Estado Federal a partir de uma aliança sólida e indissolúvel em que a União possui certa soberania, gozando os entes de peculiar autonomia de governo, guiada pelos limites definidos pela Constituição Federal (CF) controlada de forma constitucional pela União (DALLARI, 1986).

A federação é caracterizada por uma organização político-territorial sustentada no compartilhamento da legitimidade e tomadas de decisões coletivas entre níveis diferentes de governo. Constitui-se como um acordo com capacidade de estabelecimento de compartilhamento da soberania territorial, permitindo em uma mesma nação, diversos entes autônomos, onde suas relações são predominantemente contratuais do que hierárquicas (ABRÚCIO, 2007). Neste contexto, influenciado pelo pensamento de Montesquieu, presente na história do federalismo americano, encontram-se neste cenário a separação dos poderes, a partir do sistema de freios e contrapesos, onde as funções governamentais foram distribuídas entre três ramos de governo: executivo, legislativo e judiciário, independentes entre si, com funções definidas e específicas de cada órgão, não havendo prevalência de nenhum sobre os demais, e cada um é responsável por conter possíveis excessos de outro.

“O objetivo do sistema federativo é compatibilizar o princípio de autonomia com o de interdependência entre as partes, resultando numa divisão de funções e poderes entre os níveis de governo” (ABRÚCIO, 2007, p. 2). A distribuição de competências deve ocorrer de forma equilibrada, assegurando autonomia dos entes, sem prejuízos na eficiência de cada um. O estado federal também é marcado por uma descentralização político administrativa, existindo múltiplos centros de decisão, onde cada um possui exclusividade a assuntos peculiares (DALLARI, 1986).

O federalismo foi introduzido no Brasil com a proclamação da República (1889), onde, o modelo federativo brasileiro foi consolidado de maneira peculiar, através de um processo de descentralização de poder, do centro aos estados, e a partir da promulgação da CF de 1988, houve realização de um pacto entre os entes federados: união, estados, sendo os municípios também elevados a condição de entes federados, tendo esses entes competências definidas no art. 23 da CF (ABRUCIO, 2007).

O Brasil, possui um modelo federativo, marcado pela cooperação e solidariedade. Os artigos 157 a 162 da CF de 1988 abordam a questão da divisão das receitas tributárias, também definido federalismo cooperativo. As transferências tributárias asseguradas pela Constituição da União para os Estados e Municípios podem ser divididas em transferências diretas (repasse de parte da arrecadação para determinado governo) ou indiretas (mediante formação de fundos especiais). No entanto, sejam como ocorrerem, as transferências sempre ocorrem do governo de maior nível para os de menores níveis, ou seja: da União aos Estados, da União direcionada aos Municípios; ou seguindo fluxo - Estados aos Municípios (ARAÚJO & JR., 2008).

No Brasil, as regras constitucionais e legais definem que a responsabilidade pela condução da política de saúde no âmbito federal cabe ao Ministério da Saúde, que é a autoridade sanitária nacional e o gestor federal do SUS. A formulação de políticas nacionais, no entanto, deve ser compartilhada com outros atores sociais nos canais institucionais formalmente definidos, em consonância com as diretrizes relativas à coordenação federativa e à participação social na saúde (MACHADO, 2013, p. 38).

O princípio da solidariedade é o alicerce para a atuação do Estado, que há de promover a solidariedade social. Para tanto, pode haver utilização da tributação como estratégia de redistribuição de renda (MACHADO *apud* ARAÚJO E JÚNIOR, 2008).

A idealização do SUS constitui-se como maior movimento pautado pela inclusão social que ocorreu na História Brasileira e representou, em âmbito constitucional, a comprovação política de engajamento do Estado Brasileiro com direitos cidadãos (BRASIL *apud* SOUZA & COSTA, 2010). A busca pela melhoria das condições de saúde e vida das populações encontra-se atrelada à construção de sistemas públicos de saúde de caráter universal. Este movimento enquanto processo histórico, encontra-se relacionado à lutas políticas, fortalecimento de movimentos sociais, pautados por valores como solidariedade e justiça social (GIOVANELLA, 2012).

O processo de Reforma Sanitária foi resultado de um vasto movimento da sociedade iniciado no contexto do regime marcado pelo autoritarismo, que teve como finalidade a democratização da saúde, entendida como o acesso universal ao cuidado de saúde, através da

criação de um Sistema Público Nacional de Saúde. Propostas citadas foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, onde a saúde se firmou como um direito do cidadão e um dever do Estado, exigindo que os serviços de saúde se estruturassem em um sistema com as seguintes características: único, público, universal, descentralizado, participativo e integrado em atenção à saúde (FLEURY, OUVÉNEY, 2012).

A Constituição Federal de 1988 na Seção II referente à saúde, em seu art. 196 reconheceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”.

O processo de democratização da sociedade brasileira culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe profundas mudanças na organização estatal, como a descentralização de recursos, principalmente para a administração municipal, que ganhou autonomia e atribuições para gerir e executar as políticas sociais desenhadas pelo governo central. Este rompimento com um modelo altamente centralizado que caracterizou o período autoritário também significou uma ruptura com o padrão de política social até então vigente, cuja incorporação das demandas sociais se fez sempre de forma estratificada e excludente (FLEURY, OUVÉNEY, 2012, p. 74).

De acordo com a Lei 8080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme o art. 2º. Pontua ainda em seu inciso 1º que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Conforme art. 8º da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), ações e serviços de saúde implementados pelo SUS, diretamente ou com participação complementar do setor privado, serão estruturadas a partir da regionalização e hierarquização em níveis crescentes de complexidade. Essas ações e serviços, devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema com característica única, organizado conforme as diretrizes da descentralização, a partir de uma direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, priorizando as atividades voltadas à prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. “§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do

art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988).

A lei supracitada é regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS, planejamento e assistência à saúde, articulação interfederativa e dá outras providências. O panorama apresentado pelo decreto citado, favorece a estruturação de uma rede regionalizada, onde o Planejamento Regional Integrado pode ser utilizado como meio contínuo de negociação entre gestores que compõem uma região.

Conforme artigo 241 da Constituição Federal de 1988 “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios regularizarão através de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”. Neste sentido, esta perspectiva é convergente à união de esforços entre gestores municipais e estadual à implantação de Consórcios Interfederativos de Saúde no Estado da Bahia, vislumbrando ampliação da capacidade de atendimento e que a oferta de ações de média e alta complexidade sejam resolutivas (BAHIA, 2017).

Por outro lado, a Lei 8.142/1990, entre outras determinações, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, validando as Conferências e os Conselhos de Saúde, reafirmando a importância da participação social posta pela Reforma Sanitária. (VICAVA *et al.*, 2018).

Com base nas definições contidas na Constituição Federal de 1988 e nas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990, houve o ponto de partida para implantação do SUS de forma efetiva. Esse processo foi conduzido de início através das Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, representadas por meio de portarias, primeiramente, do Inamps (extinto em 1993) e depois exaradas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Nessas normas havia a definição de competências referentes a cada esfera de governo no contexto de implantação do SUS e circunstâncias indispensáveis, onde, estados e municípios fossem capazes de assumir novos papéis voltados à condição de gestão. Havia definição também de regras para repasses de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2011).

A NOB de 1993, editada através da Portaria GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993, deu formalidade aos princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, oficializou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite, elaborando um sistema de decisões compartilhado pelos diferentes entes federativos, além de fomentar a municipalização (BRASIL, 1993).

A Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 2006, regulamenta a Norma Operacional Básica do SUS – NOB–SUS/96 – considerada um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, que solidificou a política de municipalização, firmando o pleno exercício do poder dos municípios na gestão em saúde. Designou a gestão plena do sistema municipal e da atenção básica, redefinindo as responsabilidades da União e dos Estados (BRASIL, 2006).

Neste cenário, os municípios passam a ter importância no processo decisório das políticas regionais e nacionais através das instâncias federativas de governança do SUS: Comissão Intergestores Bipartite (Estados e Municípios); Comissão Intergestores Tripartite (União, Estados e Municípios). Nestes espaços ocorrem a negociação de recursos e questões prioritárias, bem como deliberação de formas de descentralização e de como os recursos serão transferidos, além de meios de planejamento e gestão compartilhada (FLEURY *et al.*, 2010).

Em estudo de Almeida *et al.*, (2019, p. 4530-4531) “a Comissão Intergestores Regional (CIR) foi avaliada como importante espaço de governança regional, com reuniões fortemente participativas, colaborativas, resolutivas e deliberativas”.

Já a Portaria GM/MS n. 95 de 26 de janeiro de 2001 aprova a NOAS-SUS 01/2001 que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definiu o processo de regionalização assistencial; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Considerada Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei nº 8.080/1990, dentre outras questões importantes, apresenta definição das responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal); tanto as compartilhadas (planejamento, financiamento e controle), bem como as individuais. Traz, claramente obrigação primária do município em executar ações e processo de gestão dos serviços de saúde. Delega-se aos estados somente o que os municípios não forem capazes de assumir, e ao Ministério da Saúde, as responsabilidades que estejam hierarquicamente acima do nível estadual. Define como serão repassados os recursos federais aos municípios e estados regularmente, através de critérios envolvendo demografia, epidemiologia, capacidade instalada e do desempenho histórico progresso (BRASIL, 1992).

Conforme Art. 7º da Lei 8.080/1990 “ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal” e um dos princípios obedecidos é a regionalização.

Para Silva e Gomes (2013) o objetivo principal da regionalização é a garantia de serviços de qualidade aos usuários, tendo baixos custos sociais, econômicos e sanitários.

Regionalizar pode impactar positivamente na equidade, ao desconsiderar recursos exclusivamente articulados em poucos polos estaduais e determinar um aumento na satisfação dos usuários. Reduz ainda os custos sociais altíssimos, os deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões (GUERREIRO & BRANCO *apud* SILVA & GOMES, 2013, p. 03).

O processo de regionalização é concebido como de extrema importância na promoção da atenção à saúde visando melhor qualidade, principalmente em municípios de pequeno porte, que estão em maior número no nosso país (CASTRO *et al*, 2021).

A regionalização é um processo fundamental para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela envolve negociações e acordos políticos entre as três esferas de governo e o desenvolvimento de estratégias e instrumentos voltados para a integração de serviços, agentes, instituições e práticas em espaços geográficos distintos, sendo destacada no Pacto da Saúde como eixo estruturante para o fortalecimento e qualificação da gestão do SUS (ANDRADE *apud* VIANA, 2011).

A Portaria 4.279 de 2010 que “estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, considera a regionalização para além de uma diretriz do SUS, eixo que estrutura o Pacto de Gestão, devendo ser orientador ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde e estruturação da Rede de Atenção à Saúde, definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 1).

O Decreto 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa, e dá outras providências, traz em seu art. 8º da Seção II que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço;” “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde [...] Art. 20, Capítulo IV.

Consoante Castro, Campos e Fernandes (2021) é consenso no Brasil que a Atenção Primária a Saúde (APS) possui capacidade de resolução de 80% dos agravos de saúde da população e que há necessidade dos sistemas de saúde se reorganizarem para que este nível de atenção esteja integrado em rede, contando com serviços especializados que atendam às necessidades de saúde.

É nítido no Brasil diversos avanços da APS, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), entretanto, é preciso que o modo de articulação do nível de atenção primário

com os demais seja revisto, objetivando a garantia desta não só como porta de entrada do usuário no sistema, mas que este tenha acesso ao cuidado coordenado, integral, pautado pela continuidade da assistência (CASTRO *et al.*, 2021).

Apenas os serviços de APS não dão conta do atendimento das necessidades de saúde da população. No entanto, os serviços de APS precisam do apoio complementar dos pontos de atenção caracterizados por distintas densidades tecnológicas para que realizem ações especializadas como a ambulatorial, no lugar e tempo certos (BRASIL, 2010).

O processo de regionalização quando traduzido em uma região de saúde formal, deve ser capaz de proporcionar construção da integração de serviços em rede, apresentando-se estruturados e resolutivos na garantia de que a integralidade da atenção seja efetiva, permitindo que o usuário caminhe sanitariamente com qualidade (SANTOS; CAMPOS, 2015).

A partir da implantação das RAS no SUS, o sistema de atenção à saúde passou a ser organizado em um novo formato, vislumbrando responder de forma efetiva, eficiente, equânime, com segurança e qualidade às condições de saúde da população brasileira, a partir da concepção de sistema integrado (MENDES, 2011). “A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas” (MENDES, 2011, p. 18).

A integração da APS com outros pontos de atenção é dependente de como se caracterizam a saúde e a doença da população, a necessidade de consulta com médicos especialistas, atendimentos com outros profissionais de saúde, procedimentos ligados à diagnóstico e terapêutica com finalidade de se obter resultados satisfatórios em saúde (OPAS, 2011).

Conforme Mendes (2019) as evidências sinalizam que é de suma importância que haja nas RAS relações positivas entre a APS e AEE, generalistas e especialistas, visando obtenção de resultados sanitários satisfatórios, garantindo assim cuidado adequado no contexto de condições crônicas.

Os sistemas de saúde atuais apresentam-se fragmentados, fazendo com que as relações de integração dificilmente sejam construídas em âmbito consistente e coordenado. A partir desta fragmentação a AAE torna-se um ponto de atenção isolado, organizado internamente de forma fragmentada a partir dos serviços que produz e em campo externo com mínimo grau de comunicação, principalmente com a APS (MENDES, 2019). Os sistemas de constituição fragmentada de atenção à saúde, apresentam-se fortemente hegemônicos, se organizando por

meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados entre si, e conseqüentemente, são incapazes de assistir à população de forma contínua (MENDES, 2011).

De acordo com a OPAS (2011), um dos processos mais complicados na estruturação dos sistemas de saúde é articular os pontos de atenção. Esta articulação e coordenação da rede partindo da APS necessita de estratégias de gestão para que a APS tenha a capacidade de coordenação do cuidado na RAS.

Almeida e Mendes (2020) pontuam que a fragmentação do sistema reflete nos cuidados, entretanto, essa problemática pode ser enfrentada através de medidas que viabilizem o conhecimento e fomento de habilidades profissionais, institucionalização e promoção de condições organizacionais para que os mecanismos de coordenação na rede de atenção à saúde sejam utilizados com efetividade. Neste sentido os entes federados envolvidos no processo de operacionalização das RAS, possuem fundamental importância no desenvolvimento de mecanismos de gestão que venham a contribuir à integração do sistema.

A Portaria de Consolidação nº 3/2007 dentre o conjunto de considerações apresentadas acerca da importância da incorporação no âmbito do SUS, da estratégia de redes integradas e regionalizadas, aponta a intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas percebido por lacunas assistenciais, insuficiência no financiamento e emprego dos recursos, estruturação inadequada do modelo de atenção com reflexos no cuidado às condições crônicas, vulnerabilidade na gestão do trabalho com precarização dos vínculos, pulverização de serviços em nível municipal e pouca articulação com ações de vigilância e promoção da saúde nas práticas profissionais dos serviços, principalmente na APS.

O processo de descentralização do SUS colide na desigualdade de gestão e recursos financeiros dos diferentes entes federativos, bem como à dificuldade de alcance dos princípios e diretrizes instituídos pelo mesmo, tornando a consolidação da política de saúde complexa em um modelo federativo trino (União, Estados e Municípios) sem hierarquia de vinculação, potencializando por vezes processos de competição ao invés de cooperação (LEVCOVITZ, *et al.*, 2001; SANTOS; CAMPOS, 2015).

O desenho proporcionado pela descentralização da política de saúde no Brasil contribuiu ao surgimento de um sistema peculiar, onde a responsabilidade pelo processo de gestão e organização local fica a cargo do município, ente federativo com menor poder formal na República (ALMEIDA *et al.*, 2006).

Os gestores do SUS nos três níveis de governo, possuem protagonismo importante no processo de institucionalização e organização do sistema de saúde, tendo assim a missão de superar desafios e por conseguinte, evoluir na qualidade da atenção e gestão em saúde. Neste

processo estão envolvidas diversas questões de natureza técnica, ética e cultural. Além disso, há cumprimento de pactos políticos cooperativos entre as diferentes instâncias de gestão do sistema. Esses pactos são expressos através da união entre técnica e política, visando garantir investimentos e recursos que viabilizem a efetivação de mudanças significativas (BRASIL, 2017).

A federação brasileira historicamente apresenta como um traço constitutivo a presença de um Executivo Federal forte, na sua relação com os demais Poderes de Estado e entes federativos. Nos últimos vinte anos, apesar dos processos de reforma do Estado e de descentralização, esse peso federal foi reafirmado, ainda que em novas bases, o que se expressou em várias áreas das políticas sociais (ALMEIDA, 2007; ARRETCHE, 2009 *apud* MACHADO, 2013).

Novos desafios são postos à articulação interfederativa no sentido de consolidação de políticas de saúde que sejam coerentes com os princípios do SUS e valores de cidadania nacional. O Ministério da Saúde tem papel importante na coordenação federativa da política de saúde, visto que dentre características da federação brasileira o Executivo federal possui peso expressivo (MACHADO, 2013) havendo assim a necessidade da União potencializar a articulação interfederativa, sendo coordenadora do processo e aumentando repasse de recursos financeiros que fomentem a implementação da política.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo do tipo estudo de caso, que tem como objeto de análise a integração da APS com a AAE (Policlínica Regional de Saúde) no cuidado de pessoas com HAS no território de identidade Piemonte da Diamantina, pertencente à uma região de saúde no estado da Bahia.

De acordo com Creswell (2010) os métodos qualitativos apresentam uma abordagem diferenciada da investigação acadêmica quando comparada aos métodos da pesquisa com caráter quantitativo. O processo de investigação qualitativa utiliza diferentes percepções filosóficas, técnicas de investigação, métodos de coleta, análise e interpretação dos dados.

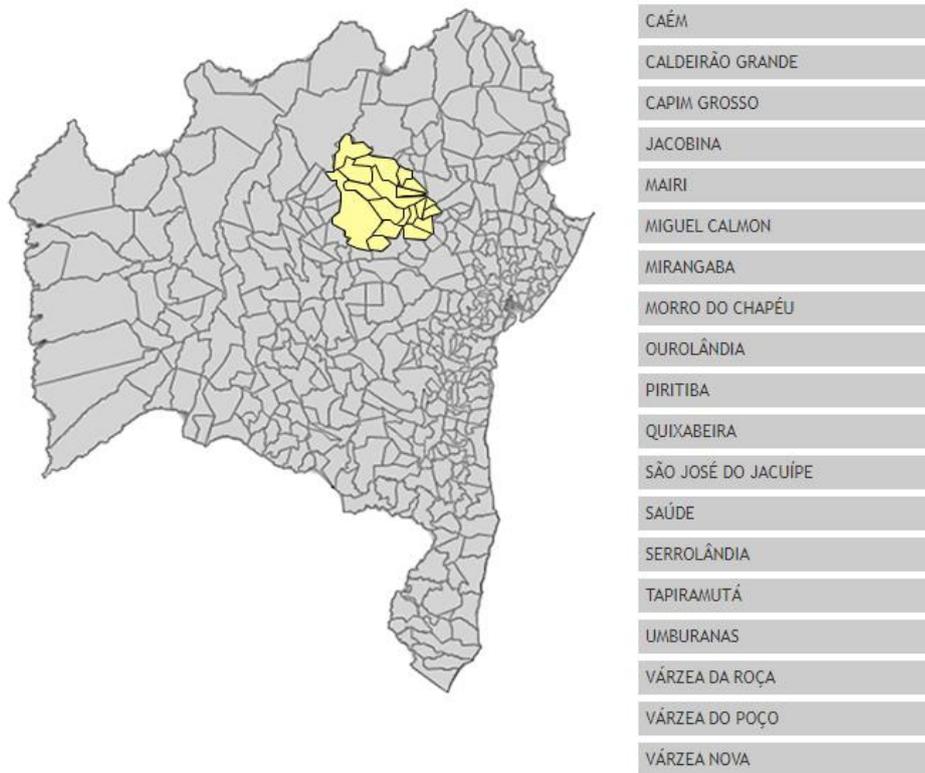
O estudo de caso enquanto método, permite melhor entendimento do contexto analisado, pois haverá exposição do caso em todas suas dimensões a partir do conjunto de dados reunidos, possibilitando descrição aprofundada e detalhada do objeto de estudo em questão apontado, como ocorre a integração entre a APS e AAE (MASCARENHAS, 2018; VIEIRA & HOSSNE, 2015). “A realização de um estudo de caso pode permitir um mergulho em uma realidade social e a compreensão da complexidade de fatores que influenciam os processos sociais em um dado contexto” (BARPTISTA; AZEVEDO; MACHADO, 2015, p. 123-124).

A decisão pelo estudo exploratório centra-se na diversidade de estratégias para coleta de dados, permitindo reunião de informações particulares, além da possibilidade de descrição completa do fenômeno em estudo (MARCONI & LAKATUS, 2003).

3.1 LOCAL DO ESTUDO

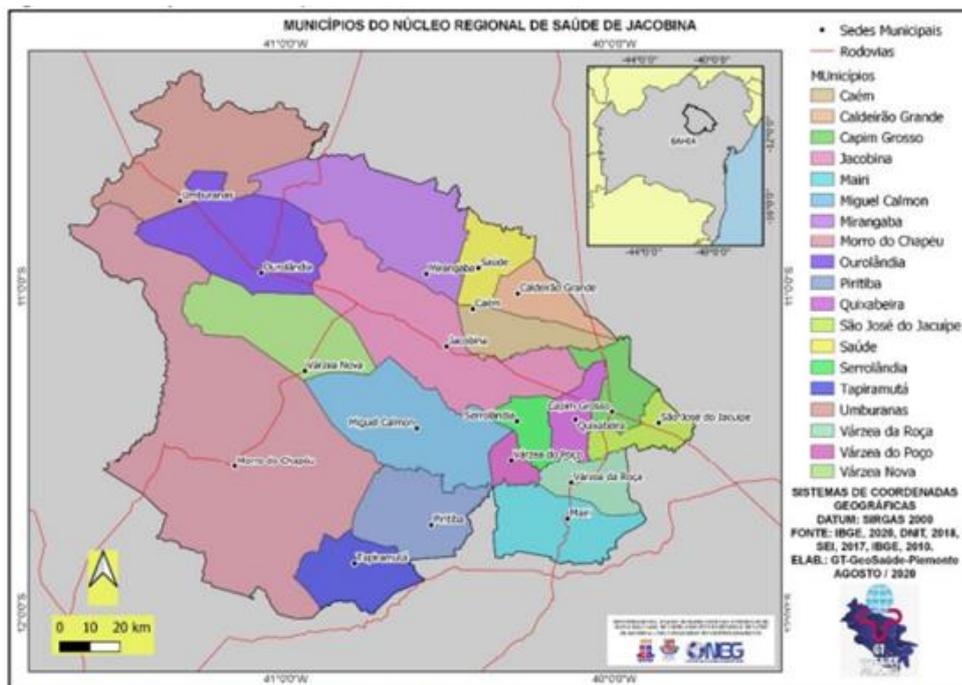
Conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado da Bahia, a RS de Jacobina encontra-se localizada na Macrorregião Centro Norte do Estado, perfazendo uma área de 22.136, 288 Km², sendo composta por dezenove municípios (FIGURA 3) que no ano de 2021 conforme IBGE, formavam uma população de 393.668 habitantes, correspondendo a 47,57% da população total da macrorregião (BAHIA, 2021).

Figura 3 – Relação de municípios pertencentes à Macrorregião Centro Norte.



Fonte: Observatório Baiano de Regionalização.

Figura 4 – Cartografia ampliada da RS de Jacobina



Fonte: GT-GeoSaúde-Piemonte, agosto de 2020.

Observa-se variação acentuada do porte dos municípios que compõem a RS de Jacobina: Várzea do Poço com população estimada de 8.101 habitantes e Jacobina (polo regional) com 82.590 habitantes, ou seja, cerca de 10 vezes a população total de Várzea do Poço. A extensão territorial é uma outra característica bem heterogênea entre os municípios que compõem a região; Serrolândia com uma área de 322,022 Km² enquanto Jacobina conta com uma área de 2.192.905 Km².

No tocante ao perfil demográfico, constata-se uma distribuição equilibrada entre homens e mulheres. A densidade demográfica da região é de 17,20 habitante/km², já a taxa geométrica de crescimento anual da população é de 0,34, metade da taxa estadual (0,70). Por outro lado, a taxa de envelhecimento da região é 8,37, superior à do Estado (7,23) (REGIÕES E REDES, 2021).²

Figura 5 - Relação de municípios da RS de Jacobina segundo estimativa populacional de 2021 e área em Km².

Região de Saúde: Jacobina		
Municípios: 19	POP 2022	Área em km²
	375.957	22.136,288
Caém	10.384	540,908
Caldeirão Grande	13.080	458,311
Capim Grosso	33.235	464,776
Jacobina	82.590	2.192,905
Mairi	17.674	906,680
Miguel Calmon	24.661	1.599,672
Mirangaba	15.734	1.751,778
Morro do Chapéu	33.594	5.744,969
Ouroândia	19.243	1.544,988
Piritiba	17.566	980,328
Quixabeira	9.461	366,387
São José do Jacuípe	10.187	362,365
Saúde	10.478	509,098
Serrolândia	13.335	322,022
Tapiramutá	15.818	714,691
Umburanas	13.642	1.775,633
Várzea da Roça	13.797	468,407
Várzea do Poço	8.101	206,478
Várzea Nova	13.377	1.225,892

Fonte: IBGE, população (2022), área (2020), elaborado por SESAB (2023).

A RS encontra-se localizada no extremo norte da Chapada Diamantina, cercada por serras, morros, lagos, rios, fontes e cachoeiras, tornando-se um destino ideal ao turismo

² Tomando como referência a tipologia das regiões de saúde proposta por Viana *et al.*, (2015), a região de saúde de Jacobina integra o grupo 1, caracterizado por baixa oferta de ações e serviços e baixo desenvolvimento socioeconômico.

ecológico. Entre as cidades que compõem essa região, destaca-se Jacobina como polo principal, justamente por ser a mais populosa e devido a sua posição central em relação as demais, sendo também a sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS) Centro Norte.

O município de Jacobina é o principal polo econômico da região, com destaque no setor mineral, onde ocorre a extração de arenito, pedras ornamentais, ouro, calcário, barita e rochas ornamentais. A exploração do ouro se destaca em Jacobina, enquanto a do cromo se concentra em Saúde. Na agropecuária, há a criação de bovinos, suínos e caprinos, além da produção de batata-doce, e o setor industrial é composto por fábricas de confecções e calçados (SANTANA, 2021).

A atividade de mineração em Jacobina é conduzida pela empresa canadense Yamana Gold, que está estabelecida na cidade há treze anos, é uma potência econômica e a maior produtora de ouro do Nordeste, contribuindo com 31% do PIB local. Jacobina lidera a lista dos municípios baianos com a maior arrecadação de Compensação Financeira pela Exploração de Recursos Minerais (CFEM), superando R\$ 22,9 milhões em 2020, mesmo durante a crise econômica agravada pela pandemia, em comparação com os cerca de R\$ 12 milhões de 2019 (SANTANA, 2021).

Além disso, na região, ocorre considerável extração de mármore, especialmente nos municípios de Ouro-lândia, Mirangaba, Jacobina e Umburanas, onde são encontradas jazidas da rocha conhecida comercialmente como Bege Bahia (RIBEIRO *et al.*, 2002).

Apesar da intensa atividade mineradora na região, todos os municípios possuem baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), baixa oferta de ações, serviços e desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se no Quadro 6 que em todos os municípios da RS o índice está abaixo do valor estadual (0,666); Umburanas apresenta o pior índice da região (0,515) e Jacobina o melhor (0,649).

Quadro 6 - IDH, Ranking estadual e nacional segundo municípios da região de saúde de Jacobina, Bahia, Brasil.

MUNICÍPIO	IDH	RANKING ESTADUAL	RANKING NACIONAL
Caém	0,546	377º	5253º
Caldeirão Grande	0,573	289º	4786º
Capim Grosso	0,621	84º	3680º
Jacobina	0,649	42º	3136º
Mairi	0,572	290º	4802º
Miguel Calmon	0,586	220º	4495º
Mirangaba	0,542	391º	5293º
Morro do Chapéu	0,588	210º	4444º
Ouro-lândia	0,560	334º	5049º
Piritiba	0,578	258º	4670º

Quixabeira	0,578	258°	4670°
São José do Jacuípe	0,552	362°	5169°
Saúde	0,549	371°	5209°
Serrolândia	0,590	199°	4395°
Tapiramutá	0,594	177°	4284°
Umburanas	0,515	411°	5481°
Várzea da Roça	0,539	398°	5332°
Várzea do Poço	0,575	278°	4742°
Várzea Nova	0,555	353°	5128°
ESTADO DA BAHIA	0,660		22°

Fonte: IBGE (2010); Elaboração do autor (2023).

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, é bastante desigual entre as cidades da região; variando entre R\$ 7.416,68 (Saúde), R\$ 8.172,13 (Umburanas) e R\$ 20.826,60 (Jacobina) (IBGE, 2020). A despesa total em saúde por habitante na região, em 2014, foi de R\$ 396,91, valor inferior à média estadual (R\$439,42) (REGIÕES E REDES, 2021).

A cobertura estimada populacional da Atenção Básica entre os municípios da RS, está acima de 70%, sendo que apenas os municípios de Umburanas (71,79%) e Jacobina (94,26%) a cobertura não é 100% como nos demais (SESAB, 2021).

3.1.1 ESTRUTURAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA CONFORME TERRITÓRIOS DE IDENTIDADE

Com o objetivo de identificar as prioridades temáticas baseado na realidade local e promover o desenvolvimento equilibrado e sustentável em todas as regiões, o Governo do Estado da Bahia reconheceu a existência de vinte e sete Territórios de Identidade. Esses territórios foram delineados considerando as características distintas de cada região, como destacado no Quadro 7. Esse reconhecimento foi construído a partir do sentimento de pertencimento, com a participação das comunidades por meio de seus representantes (BAHIA, 2018).

Quadro 7 – Territórios de Identidade: Estado da Bahia.

TERRITÓRIO DE IDENTIDADE	MUNICÍPIOS
BACIA DO JACUÍPE	Capim Grosso, Mairi, Quixabeira, São José do Jacuípe, Várzea da Roça, Várzea do Poço.
CHAPADA DIAMANTINA	Morro do Chapéu.
PIEMONTE DA DIAMANTINA	Caem, Jacobina, Miguel Calmon, Mirangaba, Ourorândia, Saúde, Serrolândia, Umburanas, Várzea Nova.
PIEMONTE DO PARAGUAÇU	Piritiba, Tapiramutá, Mundo Novo.
PIEMONTE NORTE DO ITAPICURU	Caldeirão Grande.

Fonte: BAHIA (2018); Elaboração do autor (2023).

3.1.2 TERRITÓRIO PIEMONTE DA DIAMANTINA

Dos dezenove municípios que integram a RS de Jacobina, nove fazem parte do território Piemonte da Diamantina. Esse limita-se com os Territórios Piemonte Norte do Itapicuru, Sisal, Sertão do São Francisco, Chapada Diamantina, Piemonte do Paraguaçu e Bacia do Jacuípe. É banhado pela Bacia do Rio Itapicurú (Itapicurú Mirim), importante vetor para o seu desenvolvimento.

Nesse território há predominância do Bioma Caatinga, caracterizado pelo clima semiárido e vegetação rasteira. Encontram-se importantes vias de transporte, como as rodovias BR-324, que atravessa localidades como Capim Grosso, Jacobina e Orolândia, e a BR-407, que passa por Capim Grosso. Além disso, a Ferrovia RFFSA conecta Iaçú a Juazeiro, percorrendo os municípios de Jacobina, Caem, Saúde e Antônio Gonçalves.

Apesar da significativa importância econômica da região em que este território está situado, persiste baixo IDH e escassez de serviços de saúde disponíveis. Observa-se, que Jacobina desponta como o município com a maior oferta de serviços. No entanto, é evidente lacunas significativas na oferta de serviços de atenção especializada. Isso acarreta diversas consequências relevantes para a saúde e o bem-estar da população, incluindo desigualdade no acesso à assistência à saúde, agravamento das condições de saúde, impacto na prevenção de doenças, migração da população, repercussões socioeconômicas e desafios para o sistema de saúde regional (Quadro 8).

Quadro 8 – Quantitativo de estabelecimentos de saúde por município - Território Piemonte da Diamantina.

MUNICÍPIO	APS	Hospital	Centro de Especialidades	SAMU	CAPS	CTA/SAE
Caém	5	1	-	-	-	-
Jacobina	27	2	1	2	2	1
Miguel Calmon	12	1	-	-	1	-
Mirangaba	12	-	-	-	1	-
Orolândia	11	1	-	-	-	-
Saúde	6	1	-	-	1	-
Serrolândia	7	1	-	-	1	-
Umburanas	10	1	-	-	1	-
Várzea Nova	8	1	1	-	-	-
TOTAL	98	09	2	2	07	1

Fonte: CNES (2022); Elaboração do autor (2023).

A partir do reconhecimento dos vazios assistenciais no território baiano e buscando melhor resolutividade do Sistema Único de Saúde na esfera estadual, o Governo do Estado da Bahia adotou a iniciativa do Consórcio Interfederativo, o qual agrega Estado e Municípios para implantação da Policlínica Regional de Saúde (PRS), definida como unidade para atendimento assistencial de média e alta complexidade da atenção especializada (BAHIA, 2017).

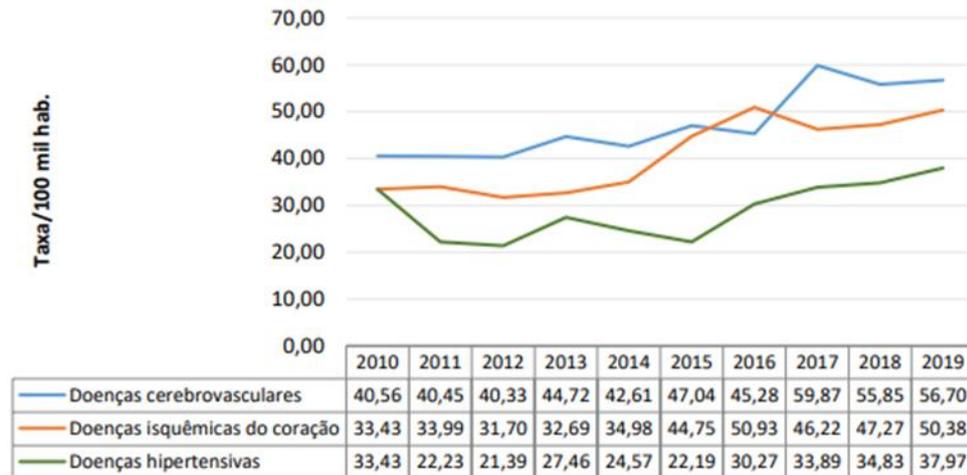
Considerando o objeto do estudo, o local escolhido para o trabalho de campo foram dois municípios, Jacobina e Umburanas, baseando-se em critérios como cobertura estimada da atenção básica (Jacobina: 94,26%; Umburanas: 71,79%), distanciamento geográfico da cidade polo onde fica localizada a PRS (Umburanas 107,9 Km), densidade populacional (Jacobina: 82.590 hab; e Umburanas: 13.642 hab – Figura 5), IDH (Jacobina ocupando o 42º lugar no ranking estadual, enquanto Umburanas o 411º - quadro 6) e oferta de serviços de saúde (melhor oferta em Jacobina e vazios assistenciais em Umburanas - vide quadro 7), visando contrastar características entre uma cidade polo e uma mais distante.

3.2 A HAS NO CONTEXTO DO ESTUDO

As Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) ocupam a segunda posição no ranking de causas de morte, com taxas oscilando entre 31,70 e 50,93 por 100 mil habitantes. Dentre essas doenças, o IAM é a causa específica mais comum de óbitos, sendo responsável por 92,28% das mortes registradas (BAHIA, 2021).

As doenças relacionadas à hipertensão ocuparam o terceiro lugar no ranking de causas de óbitos na população da macrorregião, registrando um aumento nas taxas de 33,43 para 37,97 por 100 mil habitantes (Gráfico 1) (BAHIA, 2021).

Gráfico 1- Taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes. Macrorregião de Saúde Centro Norte/Bahia (2010-2019).



Fonte: SIM, IBGE, DIVEP, SUVISA, SESAB (2021).

Na Macrorregião de Saúde Centro Norte, observa-se um aumento significativo na taxa de mortalidade à medida que se relacionam grupos etários mais avançados. Conforme a análise dos dados do banco DATASUS, fica evidente que a partir dos 50 anos, as doenças isquêmicas, outras enfermidades cardíacas e as doenças cerebrovasculares apresentam um aumento substancial no número de óbitos. Isso implica em óbitos prematuros dentro dessa faixa etária, acarretando custos adicionais relacionados a possíveis internações, processos de reabilitação e pensões por incapacidade (SESAB, 2020 *apud* BAHIA, 2022).

A taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na região entre a população de idade entre 30 e 59 anos, em 2020, foi de 5,61/10 mil habitantes (BAHIA, 2022). No primeiro quadrimestre de 2021, apenas 11,3% das pessoas hipertensas tiveram a pressão arterial aferida em cada semestre, bem aquém da meta estabelecida (quadro 9).

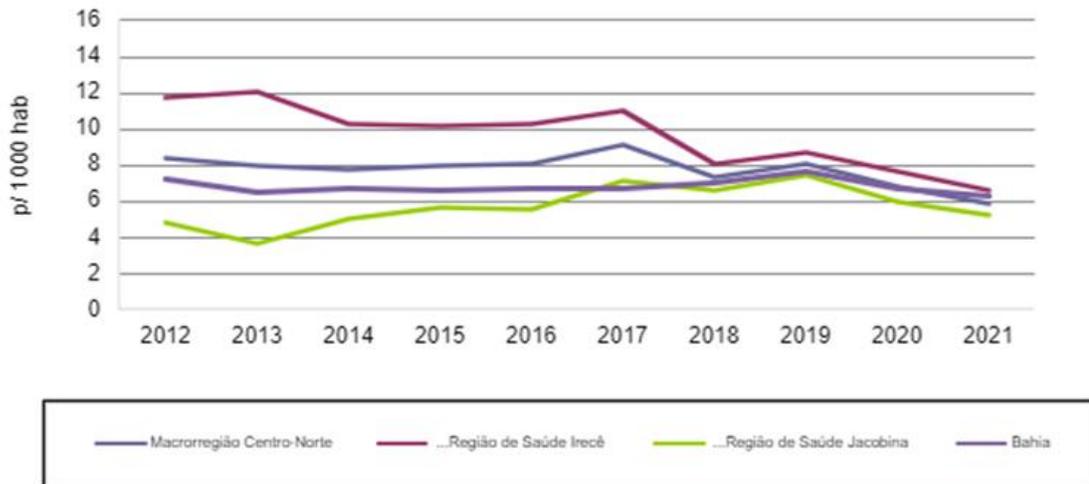
Quadro 9. Previne Brasil: metas e resultados – Macrorregião Centro Norte.

	Parâmetro	Meta	Resultado
Percentual de hipertensos com PA aferida no semestre	100%	50%	11,3%

Fonte: Ministério da Saúde (2021), elaboração do autor (2023).

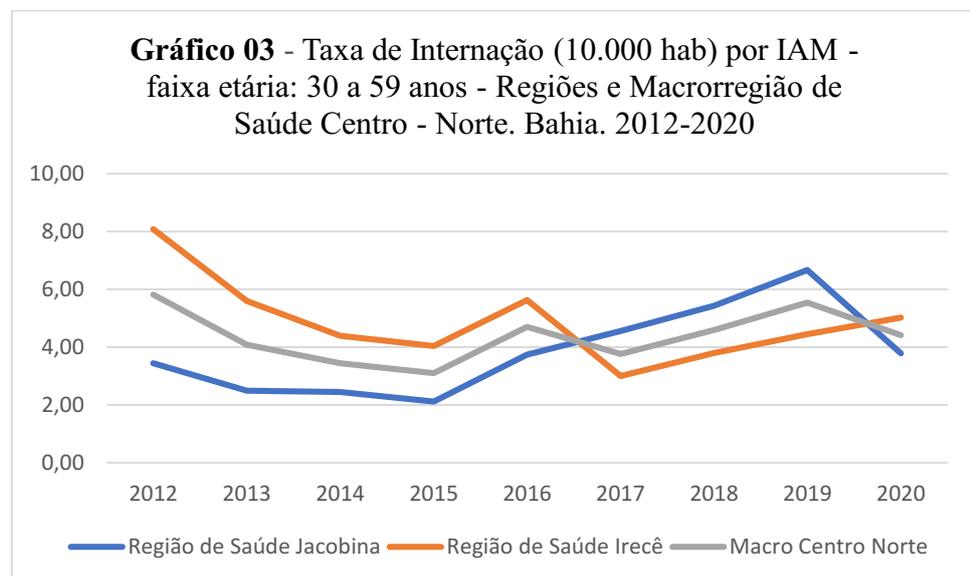
O gráfico 2, sinaliza para a redução do número de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC), no período de 2012 a 2020, na Macrorregião de Saúde Centro-Norte (8,35 para 5,91/10 mil hab.), todavia, quando se compara as regiões de Irecê (11,71 para 6,58/10 mil hab.) e Jacobina (4,81 para 5,21/10 mil hab.), constata-se que a região de Jacobina não segue o padrão da macrorregião e do estado (7,28 para 6,25/10 mil hab.).

Gráfico 2– Taxa de internação hospitalar por AVC de pessoas de 30 a 59 anos por regiões de saúde. Macrorregião Centro-Norte. Bahia, 2012-2020.



Fonte: CAMAB, DAB, SESAB, 2022.

Quanto a taxa internação por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), constata-se que na região de saúde de Irecê houve uma redução significativa (8,08/10 mil hab. para 5,03/10 mil hab.) enquanto que na região de saúde de Jacobina verifica-se um leve aumento (3,44/10 mil hab. para 3,78/10 mil hab.) (Gráfico 3).



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e 2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Isto posto, justifica-se a escolha do traçador de HAS para analisar a integração da APS e AAE na RS de Jacobina.

3.3 FONTES DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para consecução dos objetivos propostos o estudo valeu-se de dados primários e secundários. Como fonte secundária de dados elegeu-se protocolos assistenciais, fluxos de atendimento, fichas de referência e contra referência, atas de reunião da CIR, manual de acesso da Policlínica, ou outros documentos identificados importantes durante o trabalho de campo. Os dados primários foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas envolvendo profissionais e gestores da APS, técnicos da regulação assistencial, profissionais e gestor da AAE – Policlínica Regional de Saúde de Jacobina.

As entrevistas foram conduzidas mediante um roteiro composto por questões com foco na integração da APS e AAE, destacando limites e facilidades. Os roteiros direcionados aos profissionais da APS (apêndice 3) e AAE (apêndice 4) constituíram-se de perguntas semelhantes e os direcionados aos profissionais da regulação (apêndice 5) e gestão (apêndice 6) de perguntas distintas.

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Compreendendo que a implementação de uma política pública de saúde envolve uma multiplicidade de atores, e que nesta arena os gestores e trabalhadores de saúde possuem um papel relevante, definiu-se como informantes-chave médicos e enfermeiros das equipes de APS, técnicos responsáveis pela regulação de acesso a AAE, coordenador da APS e/ou gestor de saúde dos municípios escolhidos; assim como, o diretor assistencial e profissionais que atuam no cuidado às pessoas com HAS da PRS. Durante percurso da pesquisa, foi julgado como de grande valia pelo pesquisador, entrevistar a Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde Centro Norte, pelo papel estratégico do mesmo no planejamento, operacionalização e avaliação das políticas públicas de saúde em nível regional.

3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

O processo, envolve antes de tudo preparação destes dados que serão conduzidos para análise, aprofundamento, sendo representados e interpretados em seu significado mais amplo, subsidiados desta forma pela extração de sentido (CRESWEL, 2007).

Neste contexto foi realizada análise dos documentos selecionados, relacionados ao consórcio interfederativo e integração da APS e AAE, descritos no quadro 10. Para Bardin (1977) as informações obtidas através da análise documental, passam por processos de transformação e após serem tratadas, ganham forma, fazendo com que sejam representadas de

outro modo, facilitando acesso do leitor ao máximo de informação com mais alto grau de coerência.

Quadro 10 – Plano de análise documental.

DOCUMENTO	FONTE	PERGUNTAS
Atas - CIR	Site do Observatório Baiano de Regionalização	O que é pautado nas reuniões da CIR? A integração entre APS e AAE é pauta das reuniões? Quais as deliberações da CIR sobre integração? O que se discute sobre PRS?
Manual de acesso aos serviços de apoio, diagnóstico e tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia	Site CONSAN	Qual o fluxo estabelecido para acesso aos serviços da PRS? Existe protocolo de priorização? Qual sistema de agendamento utilizado? Qual o mecanismo de comunicação entre APS e AAE (PRS)?

Fonte: Elaboração do autor (2023).

A análise documental das ATAS da (CIR) buscou identificar como a integração da APS e AAE ocupa agenda desse espaço interfederativo de tomada de decisão, as quais foram extraídas do site Observatório Baiano de Regionalização, período de 2018 a 2020 (apêndice 9.) Durante a fase de coleta, as atas 2021 e 2022 não estavam disponíveis no referido site. Com os demais documentos buscou-se compreender os mecanismos institucionais relacionados a organização de acesso e integração APS e AAE.

A análise do conteúdo das entrevistas teve como referência a análise temática, que consiste em um procedimento utilizado para reconhecer, examinar e descrever os padrões (temas) presentes em um conjunto de informações. Esse método estrutura e oferece uma descrição abrangente e detalhada dos dados disponíveis, a qual é estruturada em seis fases (Quadro 11) (BRAUN; CLARKE, 2006).

Quadro 11 – Fases da análise temática.

FASE	DESCRIÇÃO DO PROCESSO
1. Familiarizando-se com os dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2. Gerando códigos iniciais	Codificar características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, reunindo extratos relevantes para cada código.
3. Procurando por temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4. Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.

5. Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6. Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

Fonte: Adaptação do autor a partir de BRAUN & CLARKE (2006).

O cotejamento do empírico com o teórico foi conduzido pelo referencial escolhido para a pesquisa, que foi construído tendo como referência o ciclo de análise da política pública e o referencial de Redes de Atenção à Saúde.

“A política pública é um fenômeno complexo que consiste em inúmeras decisões tomadas por muitos indivíduos e organizações no interior do próprio governo e que essas decisões são influenciadas por outros atores que operam interna e externamente no Estado” (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p.12).

Historicamente, a inquietação sobre busca de explicações referentes ao processo político e identificação de fases distintas neste contexto surge paralelamente ao desdobramento do campo de análise da política, nos remetendo aos séculos XIX e XX, momento em que se almejava racionalização da política pública e Estado (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

A abordagem de análise do ciclo político enxerga a elaboração de políticas públicas como um processo sociopolítico que abrange estágios sequenciais, iniciando na identificação das questões de interesse público e culminando na adoção e implementação das soluções pretendidas para esses problemas (SCHMIDT, 2018 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Ao longo da história, uma das abordagens mais comuns para facilitar a análise da elaboração de políticas tem sido considerá-la sob o prisma de um processo, ou seja, como uma série de fases entrelaçadas, nas quais as questões políticas e as discussões se desenrolam de maneira aproximadamente sequencial, partindo dos "insumos" (problemas) e culminando nos "produtos" (políticas) (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A concepção de tornar a formulação de políticas mais compreensível ao desmembrar o procedimento em etapas distintas foi inicialmente introduzida nos primeiros escritos de Harold Lasswell (1956), um dos precursores e defensores do que ele denominou como "ciências políticas" (policy sciences) (BAPTISTA & REZENDE, 2011; FARR *et. al.*, 2006 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). A sucessão de fases resultante é muitas vezes identificada como “*ciclo político-administrativo*” (WERNER & WEGRICH, 2007 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Dentre outros estudiosos, a concepção do ciclo de análise da política pública que vigora atualmente é a de Howlett e Ramesh, responsáveis por realizar compilação das fases do processo da política pública (BAPTISTA & REZENDE, 2011), organizando-as em cinco etapas, apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 12 – Etapas do Ciclo da Política Pública.

ETAPA	NOMENCLATURA	CARACTERÍSTICA
1	Montagem da agenda.	Maneira como os problemas surgem ou não enquanto alvo de atenção por parte do governo.
2	Formulação da política: instrumentos e design.	Processo de criação de opções sobre o que fazer a respeito de um problema público.
3	Tomada de decisão.	Implica fazer escolhas de um número relativamente pequeno de opções políticas alternativas, identificadas no processo de formulação da política, com vistas a resolver um problema público.
4	Implementação de políticas	Compreende o esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação.
5	Avaliação de políticas: <i>policy-making</i> como aprendizagem	Estágio do processo em que se determina como uma política de fato está funcionando na prática.

Fonte: Adaptação do autor a partir de (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Nesse modelo, prepondera a concepção de que uma política tem início a partir do entendimento dos problemas, evoluindo a um estágio em que propostas e decisões são formuladas, logo após é implementada, para que em seguida possa ser avaliada e seja dado início a uma nova operação envolvendo averiguação de problemas e formulação de política (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

O esquema do ciclo proporciona perspicácia para compreender a dinâmica da elaboração de políticas, ao destacar duas dimensões temporais interligadas do processo. Em primeiro lugar, ao discriminar cada estágio do ciclo, tornam-se mais nítidos os impactos distintos dos atores, das estruturas organizacionais e das ideias predominantes na deliberação e na ação em pontos específicos no tempo. Em segundo lugar, quando essas diferentes instantâneas de atividade em um período político particular são enfocadas, a relação entre atores, organizações e ideias pode ser percebida ao longo das distintas fases do ciclo político-administrativo. Dessa maneira, torna-se possível identificar as diversas formas de formulação de políticas, referidas como estilo de política, além dos padrões estabelecidos de resultados, ou seja, os regimes político-administrativos (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Figura 6 – O Ciclo da Política segundo Howlett, Ramesh e Perl.



Fonte: Elaboração do autor (2023).

Considerando o objeto e as finalidades do estudo, elegeu-se como marco a quarta fase do ciclo, com vistas à análise da implementação da política de saúde, partindo da integração entre a APS e AAE na RS de Jacobina-BA.

Enquanto a maior parte das determinações políticas estabelece os meios para buscar suas metas, as seleções posteriores devem efetivamente obter resultados. Para viabilizar a eficácia de uma política, é necessário direcionar recursos financeiros, humanos e formular diretrizes para a execução adequada (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A implementação de políticas frequentemente está condicionada à participação de servidores públicos e técnicos administrativos, encarregados de estabelecer e supervisionar as medidas necessárias. Contudo, atores não governamentais inseridos no subsistema político-administrativo também podem desempenhar um papel nas ações de implementação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A fase de implementação é concebida como oportunidade em que serão incorporadas soluções específicas em âmbito prático, envolvendo sistemas diversos e atividades da administração pública como: sistema gerencial e decisório, sistemas de informação, agentes responsáveis pela implementação da política, sistemas logísticos e operacionais, envolvendo recursos financeiros, materiais, entre outros (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

Baptista & Rezende (2011) discutem que a fase da implementação teve vários enfoques a partir de estudiosos, restringindo perspectiva de análise, entretanto, enfoques atuais trazem

perspectivas multicausais envolvendo pontos estratégicos, a política propriamente dita, os diferentes autores e interesses envolvidos no processo.

Diante da complexidade de fatores que se encontram no momento de implementação, a mesma é vista por estudiosos como etapa ímpar no ciclo da política, pois possibilita contribuições significativas na análise de políticas, onde, aprofundamento nesta fase é sinalizado por alguns estudos como salutar para entendimento do processo político como dinâmico e interativo (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

A literatura acadêmica discute de forma ampla a implementação em um contexto de estabelecimento de relações entre ações sugeridas e ações implementadas, bem como êxito e falhas dos governos nas situações especificadas (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973; BARDACH, 1977; ELMORE, 1979; SABATIER e MAZMANIAN, 1980; HAM e HILL, 1984; HOWGOOD e GUNN, 1984; LINDBLOM, 1984 *apud* BAPTISTA & REZENDE, 2011).

Se o momento da formulação é o momento de grandes consensos, onde tudo é possível, é no momento da implementação que se vê a real possibilidade da política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses (BAPTISTA & REZENDE, 2011, p. 152).

Os pontos que se apresentam nos estudos que tem como finalidade realizar análise da fase de implementação de uma política, envolvem: apresentação de objetivos, metas e direção clara na formulação da política; consideração de recursos adequados no momento da formulação/implementação; Clareza no processo de implementação: divisão de atribuições, responsabilidades e questionamento de alteração em nível organizacional; Concordância entre atores envolvidos na implementação e compreensão da política almejada (BAPTISTA & REZENDE, 2011).

Dentre as contribuições da concepção do ciclo da política, essencialmente encontra-se a ideia de que a construção de uma política compreende diferentes etapas, sendo imprescindível reconhecimento das peculiaridades de cada uma neste processo, contribuindo assim à amplificação do conhecimento e por consequência intervenções a serem realizadas durante processo político.

Nessa perspectiva, a organização do sistema a partir da estratégia de RAS, exige esforço e mobilização de diversos atores, operacionalização de vários processos com vistas a fomentar a integração entre níveis de atenção.

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde (BRASIL, 2010, p. 2).

Para tal, é essencial que todo esse processo tenha como farol os elementos e fundamentos da RAS: sistema logístico, disponibilidade de recursos, gestão clínica, linhas de cuidado, qualidade, acesso, APS como centro de comunicação, estrutura operacional e sistema de governança, que neste estudo afetam de modo particular as categorias de análise:

A integração assistencial enquanto categoria surge por ser uma estratégia de superação do modelo assistencial fragmentado e qualificação da gestão da RAS, contribuindo à operacionalização política e institucional do SUS, garantindo ao usuário uma assistência em efetiva e eficiente. Já a regulação assistencial apresenta-se como uma das soluções pensadas no campo da saúde que intermedia o processo de referência e contrarreferência de pessoas, compreendendo uma das formas de operacionalização dos sistemas logísticos, considerada um dos pontos fundamentais ao exercício da governança, sendo preponderante ao acesso do sistema do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

As relações federativas surgem como ponto crucial dentro da RAS, visto que quando são de cooperação contribuem ao desenvolvimento conjunto de ações e objetivos compartilhados, com a finalidade de avanços na assistência prestada pelos serviços de saúde, melhor operacionalização da RAS e conseqüentemente redução das iniquidades em saúde num contexto regional (BRASIL, 2020).

O sistema de governança na RAS compreende processos de tomada de decisão envolvendo distintos atores, estratégias e procedimentos, visando um processo gerencial regional compartilhado de forma assertiva na rede. Dessa forma, a CIR possui papel preponderante enquanto espaço que propicia pactuação de forma permanente, cogestão solidária e cooperativa, onde ocorrem de forma estratégica: governança, processos de negociação, estabelecimento de consensos, permitindo aos gestores visualizarem a realidade regional, buscando estratégias adequadas para sanar problemas regionais de ordem comuns (BRASIL, 2010).

Tendo como referência esse marco teórico, foi elaborado um Plano de análise, detalhado no Quadro 12.

Quadro 13 - Plano de análise para estudo da implementação da política na RS de Jacobina.

Categorias temáticas	Aspectos a serem verificados	Perguntas de investigação	Fonte de dados
----------------------	------------------------------	---------------------------	----------------

<p>Integração assistencial (Sistemas logísticos) (Gestão clínica) (Linha de cuidado) (APS Centro de Comunicação) (Acesso) (Qualidade) (Estrutura operacional)</p>	<p>Compreensão da política da RAS; Atores envolvidos na implementação da política; Mecanismos de comunicação da APS com os demais pontos de atenção, tipo de cuidado ofertado; mecanismos de integração assistencial entre APS e PRS/AEE; serviços de saúde disponíveis voltados ao cuidado das pessoas com HAS.</p>	<p>- Os serviços voltados ao cuidado das pessoas com HAS são suficientes na região? Explique sua resposta.</p> <p>- Existem critérios para encaminhamento de pessoas com HAS à PRS? Se sim, quais? Como foram definidos?</p> <p>- Você conhece o médico especialista (cardiologista, que trabalha na PRS? Se sim, como ocorreu esse encontro?</p> <p>- Na necessidade de diálogo com os profissionais da PRS como é feito o contato?</p> <p>- Na sua percepção como é a integração da APS com a PRS? Aponte limites e facilidades.</p> <p>- Existe compartilhamento de cuidado entre a equipe da APS e PRS voltado as pessoas com HAS? Se sim, como ocorre esse compartilhamento?</p> <p>- De acordo com a sua vivência o que pode ser melhorado na integração da APS com a PRS?</p> <p>- Qual a sua compreensão sobre RAS? E, qual o papel da APS na rede?</p> <p>- Na sua percepção existe integração da APS com a PRS? Se sim, como ocorre essa integração? E se não, explique sua resposta.</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas</p>
<p>Regulação assistencial (Sistemas logísticos) (Gestão clínica) (Sistema de Governança) (Acesso) (Qualidade) (Estrutura operacional)</p>	<p>Atores envolvidos no processo; Mecanismos regulatórios; Transporte sanitário disponível.</p>	<p>- Existem critérios para encaminhamento de pessoas com HAS à PRS? Se sim, quais? Como foram definidos?</p> <p>- Como é feito o encaminhamento dos usuários com HAS para atendimento na PRS?</p> <p>- Existe fluxo das pessoas com HAS da APS para a PRS? Atende a realidade local? Explique sua resposta.</p> <p>- Depois que a equipe de APS encaminha a pessoa com HAS para PRS, existe alguma ação de acompanhamento em relação ao acesso aos procedimentos solicitados? Explique sua resposta.</p> <p>- Na sua percepção o acesso das pessoas com HAS à PRS, considerando o risco, é em tempo oportuno? Explique sua resposta.</p> <p>- Descreva a sua equipe de trabalho.</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas; Protocolos assistenciais.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais receberam algum treinamento/qualificação para função? - Que recursos você dispõe para proceder a regulação dos usuários para a PRS? - Como se dá a marcação de procedimentos a serem realizados na PRS? - Você gerencia o tempo de espera para marcação de consultas e procedimentos para a PRS? - Você saberia informar quais os procedimentos mais solicitados para agendamento na PRS? - Você sabe qual a taxa de absenteísmo na PRS? E, quais os principais motivos? - Na sua percepção a rede de atenção à saúde atende as necessidades da região? Explique sua resposta. - Os serviços voltados ao cuidado das pessoas com HAS são suficientes na região? Explique sua resposta. 	
Recursos financeiros (Disponibilidade de recursos) (Sistema de Governança)	Alocação dos recursos para implementação da política da RAS (participação proporcional dos entes); Acordos e processos de pactuação de recursos financeiros na região.	<ul style="list-style-type: none"> - Que recursos você dispõe para proceder a regulação dos usuários para a PRS? - Qual a participação do município, Estado e União na alocação de recursos financeiros para custeio das ações e serviços de saúde da região? Explique sua resposta. 	Entrevistas semiestruturadas; ATAS da CIR.
Articulação interfederativa (Sistema de Governança)	Tipo de relações interfederativas; espaços de negociação e pactuação existentes; processo de pactuação interfederativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Como é definida a pauta das reuniões na CIR? - Quem participa das reuniões da CIR? Como ocorre o processo de discussão, negociação e pactuação das ações e serviços de saúde na região? - Na sua percepção como qualifica a relação entre os municípios, dos municípios com o Estado e dos municípios com o governo federal no processo de tomada de decisão? Explique sua resposta. - Qual a participação do município, Estado e União na alocação de recursos financeiros para custeio das ações e serviços de saúde da região? Explique sua resposta. 	Entrevistas semiestruturadas; ATAS da CIR.

<p>Processo de tomada de decisão (Sistema de Governança)</p>	<p>Atores que participam do processo; mecanismo de gestão; mecanismo de definição de pauta; monitoramento e avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na sua percepção a rede de atenção à saúde atende as necessidades da região? Explique sua resposta. - Como é definida a pauta das reuniões na CIR? - Quem participa das reuniões da CIR? Como ocorre o processo de discussão, negociação e pactuação das ações e serviços de saúde na região? - Como avalia o cumprimento dos acordos firmados voltados a organização e funcionamento da RAS na região? Explique sua resposta. - Existe algum mecanismo de monitoramento e avaliação sobre as decisões tomadas na região? Se sim, quem participa? E, como os resultados são utilizados e compartilhados entre os envolvidos? 	<p>Entrevistas semiestruturadas; ATAS da CIR.</p>
--	--	--	---

Fonte: Elaboração do autor (2023).

4 ASPECTOS ÉTICOS

Levando em consideração que o estudo envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) conforme Resolução nº 510/2016, sendo aprovado conforme parecer nº 5991438. Consoante orientações da resolução citada, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

Para preservar a identidade dos participantes e confidencialidade do estudo, os mesmos são representados através de códigos formados pela letra E seguido de número, definido conforme a ordem de realização das entrevistas.

5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Adotou-se como *software* de apoio a sistematização dos dados o Iramuteq, que consiste em um programa que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (CAMARGO, JUSTO, 2013).

A análise de similitude se baseia na teoria dos grafos, identificando as concorrências entre as palavras e seu resultado indica a conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (CAMARGO, JUSTO, 2013).

Trata-se de *software* gratuito, disponível através do link <http://www.iramuteq.org/>. Sendo necessário que antes da sua instalação, seja feita a instalação do software R, com acesso em www.r-project.org.

A análise de textos no Iramuteq acontece a partir de uma sequência lógica de etapas: construção do corpus textual; revisão deste corpus de acordo com os requisitos do software; gravação; e, escolha do método que se encaixe com o objeto de estudo. O corpus é um conjunto de textos elaborados pelo pesquisador que servirá como sua base de dados (FERNANDES, 2019).

A análise de similitude identifica como foi realizada a construção do discurso que compõe o corpus textual, identificando a estrutura base que relaciona as formas assim como, os

temas por grau de relevância que conectam as partes importantes que caracterizam os textos contidos na base de dados (FERNANDES, 2019).

Assim, após o processo dos dados, os achados foram agrupados em três segmentos, visando à sua organização e reunião das falas dos profissionais entrevistados. Assim, emergiram três agrupamentos distintos: o primeiro denominado "assistencial", englobando os profissionais de saúde que atuam na prestação de serviços, que deu origem ao **estudo I**; o segundo, chamado "gestão", incluindo os gestores, ponto de partida para o **estudo II**; e o terceiro, identificado como "regulação", compreendendo todos os envolvidos no processo regulatório, onde emergiu o **estudo III**.

ESTUDO I

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO AS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): O QUE REVELAM OS PROFISSIONAIS?

RESUMO: O objetivo do estudo pautou-se em analisar e descrever a integração entre a APS e a AAE no cuidado a pessoas com HAS no território de identidade Piemonte da Diamantina. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com profissionais atuantes na APS de um município polo e distante, bem como profissionais da Policlínica Regional de Saúde (PRS). As entrevistas foram processadas no software Iramuteq. Foram analisados dados primários e secundários a partir da perspectiva do ciclo da política pública, referencial de Redes de Atenção à Saúde, teoria do federalismo e análise temática do discurso. A implantação da PRS foi vista como uma estratégia positiva para melhorar o acesso à saúde na região, mas enfrenta desafios na integração entre a APS e a AAE. Esses desafios compreendem a falta de conhecimento mútuo entre profissionais, problemas no encaminhamento de pacientes com HAS, listas de espera e ausência de padronização nos processos de referência, contrarreferência e classificação de risco, ausência de um sistema de informação compartilhado. A estratégia de matriciamento é subutilizada e a alta rotatividade de profissionais na APS afeta a continuidade do cuidado. O processo regulatório assistencial é coordenado pela APS em alguns casos, mas sofre interferências externas e a ausência de médico regulador é um ponto crítico. A rede possui alguns nós críticos: demanda reprimida, ausência e insuficiência de profissionais especializados, a exemplo de cardiologistas, fragilidades no serviço de urgência e emergência e priorização da atenção secundária em detrimento da APS. A linha de cuidado para pessoas com HAS é frágil, levando à busca pela atenção privada devido à insuficiência da rede pública. O transporte sanitário é visto tanto como facilidade quanto como dificuldade, afetando o acesso aos serviços de saúde a usuários da zona rural do município distante. Contudo, a integração bem-sucedida da APS com a AAE no atendimento de pacientes com HAS na região em estudo é um desafio significativo e uma oportunidade vital dentro do sistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integração; Atenção Ambulatorial Especializada.

ABSTRACT: The objective of the study was to analyze and describe the integration between PHC and AAE in the care of people with SAH in the Piemonte da Diamantina identity territory. This is a qualitative, exploratory and descriptive study, of the case study type, carried out with professionals working in PHC in a central and distant municipality, as well as professionals from the Regional Health Polyclinic (PRS). The interviews were processed using the Iramuteq software. Primary and secondary data were analyzed from the perspective of the public policy cycle, Health Care Networks framework, federalism theory and thematic discourse analysis. The implementation of the PRS was seen as a positive strategy to improve access to health in the region, but it faces challenges in the integration between PHC and AAE. These challenges include the lack of mutual knowledge between professionals, problems in referring patients with SAH, waiting lists and lack of standardization in the referral, counter-referral and risk classification processes, and the absence of a shared information system. The matrix strategy is underused and the high turnover of professionals in PHC affects the continuity of care. The care regulatory process is coordinated by PHC in some cases, but it suffers from external interference and the absence of a regulatory doctor is a critical point. The network has some critical nodes: repressed demand, absence and insufficiency of specialized professionals, such as cardiologists, weaknesses in the urgent and emergency service and prioritization of

secondary care to the detriment of PHC. The line of care for people with SAH is fragile, leading to the search for private care due to the insufficiency of the public network. Health transport is seen as both an ease and a difficulty, affecting access to health services for users in rural areas of distant municipalities. However, the successful integration of PHC with AAE in the care of patients with SAH in the study region is a significant challenge and a vital opportunity within the health system.

Keywords: Primary Health Care; Integration; Specialized Outpatient Care.

INTRODUÇÃO

De acordo às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a implementação efetiva de uma APS abrangente, ancora-se na premissa de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família (EqSF) devem desempenhar um papel central como os principais pontos de contato e busca frequente pela população, estando integrados à rede e responsáveis por facilitar o acesso e coordenar o cuidado no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

A coordenação do cuidado é um requisito essencial para proporcionar uma resposta abrangente que possa atender às necessidades de saúde dos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2017). A integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde permanece como um obstáculo constante, mesmo em sistemas de saúde bem estabelecidos e de alto desempenho (BATISTA *et al.*, 2019).

No Brasil, a maioria dos municípios ainda possui medidas insuficientes para alcançar uma coordenação mais eficaz. A falta de uma rede assistencial integrada, combinada com uma oferta inadequada, provoca um impacto adverso no acesso aos serviços especializados, que são amplamente considerados como um grande desafio no âmbito do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Considerando a fragmentação assistencial suscitada pelo processo de descentralização no sistema de saúde, a integração entre níveis assistenciais conforma-se como desafiadora (SANTOS, CAMPOS, 2015).

A escassez de uma coordenação adequada no cuidado é identificada como uma das principais razões para a má qualidade da atenção à saúde, estando relacionada a custos mais altos, repetição desnecessária de exames, uso excessivo de medicamentos e conflitos entre planos terapêuticos. Os impactos negativos são especialmente acentuados em casos de condições crônicas (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Os obstáculos para o fortalecimento da ESF em certa medida, estão ligados ao aprimoramento dos procedimentos de atendimento nesse nível de cuidado, assim como a forma

que a APS se integra à ampla rede de serviços de saúde em diferentes níveis (FAUSTO *et al.*, 2014).

De modo geral, fica clara a complexidade envolvida na conformação das RAS e a urgência em aprimorar a coordenação entre a APS e a AAE, destacando o planejamento como um instrumento essencial nesse processo de organização (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

O presente estudo é motivado por um aspecto relevante, a escassez de produção acadêmica abordando a temática no contexto brasileiro. O estado da arte realizado ³ empregou uma seleção de quinze artigos abrangendo o período de 2012 a 2021, ressaltando uma concentração significativa de publicações no ano de 2019.

Em síntese, os resultados principais revelam que a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda ocorre de maneira incipiente, resultando em um modelo de cuidado fragmentado no sistema de saúde. Os achados destacam a APS no papel de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e apontam desafios relacionados à garantia do acesso aos serviços especializados. ^{Artigos: 1,5,8}.

A identificação de deficiências na coordenação do cuidado, desorganização dos fluxos, fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, tempo insuficiente para a utilização desses mecanismos, atitudes relativas à coordenação, encaminhamentos inadequados, comunicação interprofissional insuficiente e uma competição predatória entre médicos evidenciam a necessidade urgente de fortalecer os processos de integração entre os diferentes níveis assistenciais. ^{Artigos: 4,5,10,11,14 e 15. 3}

A escolha do traçador HAS decorreu do fato que se conforma como uma condição crônica, de grande magnitude e que requer um cuidado continuado e integrado, com vistas a redução dos riscos e sintomas de agudização, complicações e mortalidade precoce decorrente do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), dentre outros; acrescido por ser uma das principais causas de morbimortalidade na região em estudo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) o Brasil encontra-se na sexta posição entre os países com as taxas mais elevadas de mortalidade por doenças cardíacas, infartos e HAS em adultos de 35 a 74 anos (SBC, 2016 *apud* BAHIA, 2021).

³ Busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção que reúne diversas bases de dados produzidos no Brasil, América Latina e Caribe, ao combinar os descritores APS, Integração e AAE e operador booleano AND, chegou-se a 56 documentos. Ao submeter tal resultado aos critérios de inclusão (artigo científico, acesso a texto completo, ano de publicação: 2012-2021, idioma português e inglês) identificou-se 37 artigos, que após a leitura do título e do resumo, extração de duplicatas, selecionou-se 15 manuscritos. Ao adotar na busca a estratégia de combinar os três descritores o resultado foi a indicação de apenas 06 documentos, que após a submissão aos critérios de elegibilidade restaram 05 artigos. Ressalta-se que foi verificado a existência de artigos comuns nos resultados das duas estratégias de busca. **Ver Apêndice 1 – Quadro 13.**

Nesse sentido, esse estudo tem como finalidade analisar como ocorre a integração da APS e AAE, na perspectiva dos profissionais desses níveis de atenção, no cuidado de pessoas com HAS no território de identidade Piemonte da Diamantina - RS de Jacobina, macrorregião Centro-Norte da Bahia, identificando facilidades e dificuldades.

MÉTODO

Estudo de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com profissionais da APS de um município polo e distante de uma Região de Saúde da Bahia, bem como profissionais da Policlínica Regional de Saúde (PRS).

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia, com o parecer ético de número 5991438, e foi conduzida em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/216. Todos os participantes envolvidos no estudo consentiram voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizadas fontes de dados primários (entrevista semiestruturada) e secundários (protocolos assistenciais, fluxos de atendimento, fichas de referência e contrarreferência, atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o manual de acesso da Policlínica).

A região de saúde, local da pesquisa é formada por 19 municípios, dos quais 18 integram o Consórcio Interferativo de Saúde, instituição responsável gestão da PRS. Elegeu-se deste universo, 02 municípios, sendo um escolhido por se a cidade onde a PRS está situada, e outro pelo porte populacional (pequeno) e a distância (maior).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram médicos e enfermeiros de unidades básicas de saúde dos municípios selecionados e médicos especialistas da PRS envolvidos no cuidado às pessoas com HAS na PRS, totalizando nove (09) entrevistados. A média de idade é de 36 anos, 66,7% são mulheres e possuem pós-graduação. O tempo médio de atuação é de 4,2 anos, porém com grande variação (04 meses a 14 anos). (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Sexo	Idade (em anos)	Formação	Local de trabalho	Tempo na função	Abrangência
------	-----------------	----------	-------------------	-----------------	-------------

Feminino	38	Medicina - pós graduação em medicina de família e comunidade	APS – USF zona rural	4 anos	Municipal
Feminino	39	Enfermagem	APS – USF zona rural	7 anos	Municipal
Feminino	25	Medicina	APS – USF zona rural	4 meses	Municipal
Masculino	44	Medicina Pós graduação: médicina de família e comunidade Pós graduando em psiquiatria	APS – USF zona urbana	5 anos	Municipal
Feminino	28	Enfermagem Pós-graduanda saúde da família e enfermagem do trabalho	APS – USF zona rural	1 ano	Municipal
Feminino	35	- Enfermagem Pós graduação: enfermagem do trabalho, micropolítica da gestão do trabalho em saúde e saúde pública	APS – USF zona urbana	5 anos	Municipal
Feminino	37	Enfermagem Pós-graduação em obstetrícia	APS – USF zona urbana	14 anos	Municipal
Masculino	35	Medicina Residência em clínica médica, cardiologia e hemodinâmica	PRS - Cardiologista clínico	4 meses	Regional
Masculino	40	Medicina	PRS - Diretor médico assistencial	9 meses	Regional

Fonte: Elaboração do autor (2023).

Quanto as entrevistas, foram realizadas de abril a junho de 2024, dado a disponibilidade do entrevistado e pesquisador, algumas foram realizadas *on line*, através da Plataforma Microsoft Teams e outras presenciais, cuja gravação foi feita pelo gravador de áudio disponível no celular. Ambos os formatos foram salvos em HD externo, visando sigilo e confiabilidade das mesmas. A duração média das entrevistas foi de 15,3 minutos para os profissionais que trabalham na zona rural, 14 minutos para aqueles que atuam na sede e 16,48 minutos para os profissionais da PRS.

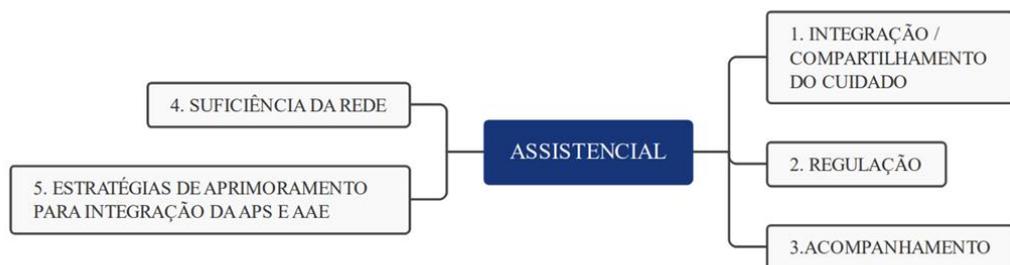
Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição, seguida de uma análise minuciosa das informações por meio de leitura e releitura. Subsequentemente, procedeu-se à exclusão dos arquivos armazenados. O processamento de dados foi utilizando o Iramuteq, que é um *software* de análise textual que opera em conjunto com o programa estatístico R, capacitando a geração de informações a partir de textos (corpora textuais) e tabelas. As conclusões dessas análises ilustram a localização e organização das palavras em um texto, bem como conexões e outros atributos textuais. Tais elementos possibilitam a identificação de

indicadores e, conseqüentemente, a representação visual instintiva da estrutura e contextos do texto sob análise (KLAMT; SANTOS, 2021).

Segundo Salviati (2017) *apud* Klamt e Santos (2021) o Iramuteq realiza análises textuais dos tipos: Estatísticas textuais, Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de Similitude; Nuvem de Palavras; Análise de Especificidades; e Análise fatorial de correspondência.

Os dados foram categorizados em um agrupamento denominado "assistencial". O corpus textual foi construído mediante a identificação sistemática de características relevantes em todo o conjunto de dados do agrupamento. Considerando o questionário aplicado, o Corpus foi subdividido ao nomear temas que agruparam extratos de falas dos entrevistados, formando assim o primeiro mapa temático, conforme figura abaixo.

Figura 1. Mapa temático 1 - Segmento Assistencial



Fonte: Elaboração do autor (2023).

Os trechos relacionados com base no questionário, de onde emergiram os temas, foram organizados em documento de word com linhas de comando específicas.

Posteriormente, foram removidos do corpus textual os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), porcentagem (%) e reticências (...). Logo após, os arquivos foram salvos como documentos de texto, utilizando a codificação de caracteres no formato (Unicode) UTF-8. Após realização da preparação textual, os conjuntos de dados de cada agrupamento intitulados com respectivos temas foram carregados no Iramuteq. Para a análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Reinert que possibilitou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), utilizando o corpus textual referente a cada tema gerado associado a cada agrupamento.

A CHD possibilitou o surgimento de um dendograma com classes de palavras que representaram o agrupamento de diferentes aspectos relacionados ao tema, bem como conexões entre si. Essas, apontaram palavras representadas por porcentagens associadas à variável P,

representando assim importância de significado dentro do que foi respondido pelos entrevistados.

As palavras de maior importância e sentido presentes nas classes foram as que tiveram P igual a <0.0001 ou maior que essa numeração decimal. Dessa forma, foram selecionadas palavras por nível de importância, que levavam a extratos de fala a serem selecionados e assim agrupados dentro de cada subtema traçado anteriormente. As palavras que levavam a extratos de fala sem importância e/ou com a sigla NS (Não significativo) associada ao P, foram desconsideradas, bem como aquelas associadas a extratos sem ligação ao subtema em questão.

Para cada corpus gerado, foi apontado o aproveitamento a partir dos segmentos de texto analisados, demonstrado através de porcentagens, o percentual mínimo de aproveitamento foi de 75% (Quadro 3).

Quadro 2. Porcentagem de aproveitamento do corpus textual.

SEGMENTO ASSISTENCIAL	
CORPUS	APROVEITAMENTO
1	75,0 %
2	82,0 %
3	80,0 %
4	78,0 %
5	77,42 %
6	76,58 %

Fonte: Elaboração do autor (2023).

A partir da utilização do software e através do plano de análise foram geradas classes específicas para cada corpus analisado, com percentuais de aproveitamento presentes nos quadros 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Quadro 3 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 1 – Integração/Compartilhamento do cuidado.

CLASSE 2 35,94%			CLASSE 3 28,12%			CLASSE 1 35,94%		
Palavra	%	P	Palavra	%	P	Palavra	%	P
Secretaria	100	0,00059	Município	90	<0,0001	Médico	100	<0,0001
Tempo	100	0,00059	Especialidades	100	0,00019	Relatório	100	0,00018
Comunicação	100	0,00187	Exemplo	63,64	0,00399	Contrarreferência	100	0,00187
Fica	100	0,00581	Estado	71,43	0,00693	Consulta	100	0,00187
Acesso	100	0,00581	Cardiologista	80	0,0072	Vem	85,71	0,00363
Bom	100	0,00581	Alguns	80	0,0072	Eles	100	0,00581
Policlínica	57,14	0,01348	Ele	60	0,01466	Quando	83,33	0,01103
Sempre	100	0,01748				Paciente	57,89	0,01736
Sabe	100	0,01748				Orientação	100	0,01784
Vejo	100	0,01748				Básica	80	0,03246
Dificuldade	100	0,01748						
Agendamento	100	0,01784						

Acaba	80	0,03246
Assim	63,64	0,03538
Pacientes	66,6	0,03821

Fonte: Elaboração do autor (2023).

Quadro 4. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 2 – Regulação.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 4 18,40%	Policlínica	47,37	<0,0001
	Hipertensão	55,56	0,00142
C 3 14,30%	Quando	85,71	<0,0001
	Cardiologista	80	<0,0001
C 5 14,30%	Protocolo	75	0,00029
	Exames	60	0,00205
	Verdade	50	0,03316
C 2 18,40%	Relatório	66,67	<0,0001
	Consulta	100	<0,0001
	Ficha	66,67	0,02576
C 1 14,30%	Medicação	100	<0,0001
	Pacientes	83,33	<0,0001
	Controle	66,67	0,00745
C 6 20,40%	Secretaria	100	<0,0001
	Agendamento	100	<0,0001
	Coordenadora	100	<0,0001

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 5. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 3 – Acompanhamento.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 1 22,22%	Exames	100	0,00025
C 4 27,78%	Nunca	75	0,0168
C 3 27,78%	Paciente	83,33	0,00019
	Exame	100	0,00221
	Retorna	100	0,00221
C 2 22,22%	Retorno	50	0,01122
	Pacientes	60	0,0168

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 6. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 4 – Suficiência da Rede.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 5 18,46%	Exemplo	100	<0,0001
	Acredito	66,67	0,02756
	Conseguir	66,67	0,02756
C 1 15,38%	Paciente	62,5	<0,0001
	Ausência	44,44	0,00923
	Profissionais	66,67	0,01171
C 4 20%	Pacientes	55,56	0,00406
	Demanda	55,56	0,00406
	Cardiologista	75	0,00452
	Atendimento	57,14	0,0093
	População	60	0,01994
	Município	66,67	0,03854
	Região	44,44	0,04824
C 2 15,38%	Rede	50	0,00375
	Atenção	66,67	0,01171
C 3 13,85%	Hipertensão	80	<0,0001
	Cuidado	100	<0,0001
	Doenças	66,67	<0,0001
	Melhorar	66,67	0,00668
C 6 16,92 %	Receita	85,71	<0,0001
	Enfermeiro	100	<0,0001
	Medicação	100	<0,0001

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 5 –Acesso.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 2 16,67%	Tem	50	0,01141
C 3 16,67%	Policlínica	80	<0,0001
C 1 25%	Básica	85,71	<0,0001
	Atenção	85,71	<0,0001
C 4 20,83%	Meses	100	<0,0001
	Vezes	75	0,00347
	Médico	66,67	0,03664
	Avaliação	66,67	0,03664
C 5 20,83%	Oportuno	66,67	0,03664

Fonte: elaboração do autor.

Quadro 8 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 6 – Estratégias de aprimoramento para integração da APS e AAE.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 3 29,03%	Referência	85,71	0,00017
	Atenção	83,33	0,0011
	Primária	100	0,00438
	Policlínica	50	0,04095
C 2 22,58%	Comunicação	60	0,00058
	Profissionais	80	0,00079
C 1 22,58%	Vezes	83,33	<0,0001
	Policlínica	41,67	0,04339
C 4 25,81%	Nunca	100	0,00027
	Médico	80	0,00249

Fonte: elaboração do autor.

Após seleção dos extratos de fala, foi realizada análise temática dedutiva, considerada também como análise teórica (BRAUN, CLARKE, 2006), identificando-se, previamente, os temas que tiveram estreita ligação com às perguntas, interesse teórico e epistemológico do pesquisador, interligados a matriz de análise, conforme categorias temáticas definidas previamente.

A abordagem epistemológica da pesquisa direciona o entendimento dos dados e influencia a forma como é realizada a inferência sobre o significado. Isso se manifesta através de uma perspectiva essencialista/realista, uma vez que a formulação de inferências a respeito dos dados incorpora diretamente motivações, vivências e significados, como discutido por Braun e Clarke (2006).

Conforme autoras supracitadas, a análise temática pode ser realizada conforme fases apontadas no quadro abaixo:

Quadro 9. Fases da análise temática.

FASES	DESCRIÇÃO DO PROCESSO
1. Familiarizando-se com os dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2. Gerando códigos iniciais	Codificar características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, reunindo extratos relevantes para cada código.
3. Procurando por temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4. Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5. Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.

6. Produzindo o relatório	Fornece exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.
---------------------------	--

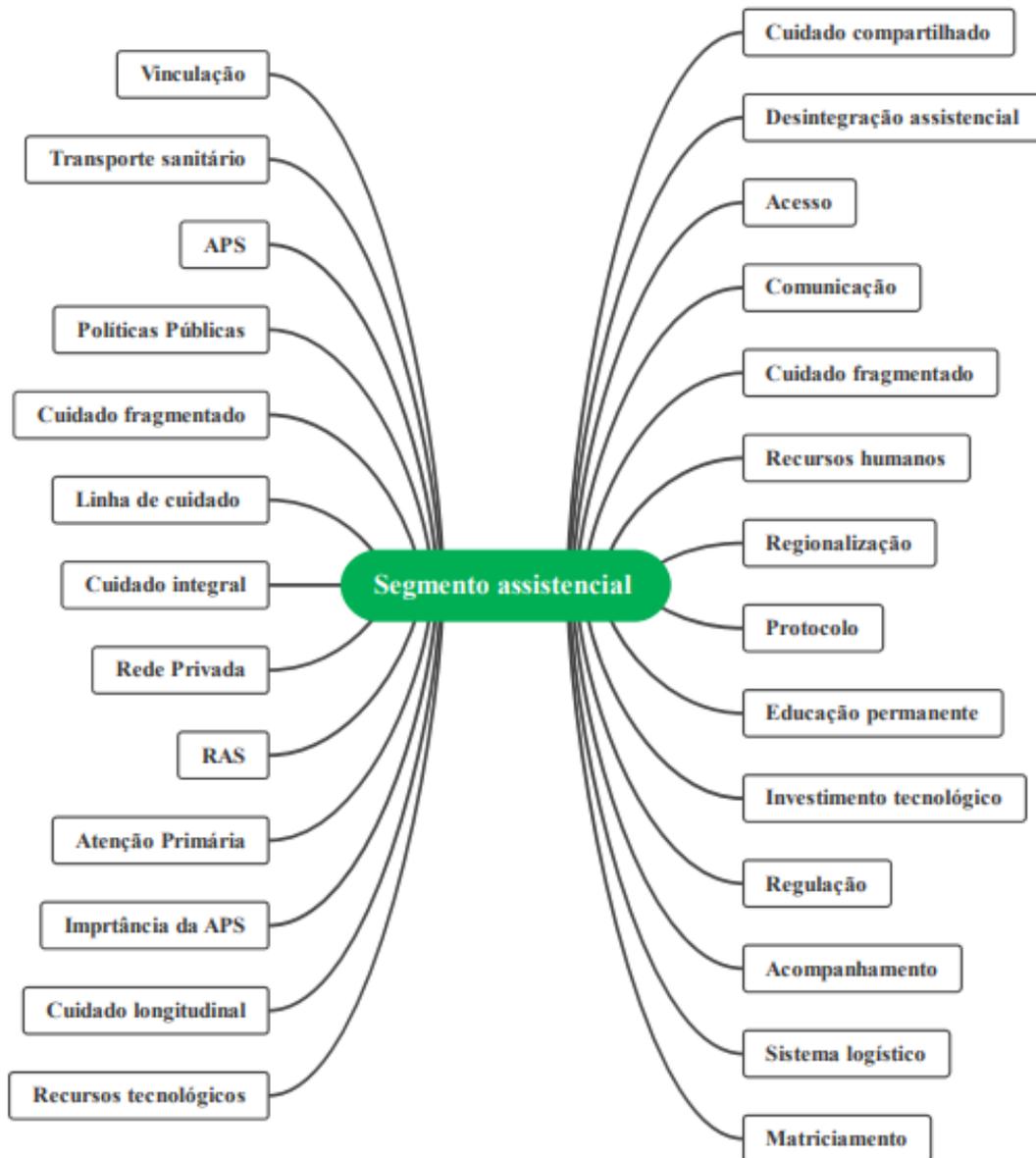
Fonte: Elaborado a partir de Braun & Clarke (2006).

Análise temática teórica envolve uma minuciosa descrição de elementos presentes nos dados (BRAUN; CLARKE, 2006). Os temas foram previamente identificados por meio de uma abordagem que se concentra em nível semântico, onde emergiram dos significados evidentes ou superficiais presentes nos dados. Nesse contexto, o pesquisador se limita a extrair o que foi expressamente mencionado pelo entrevistado, sem buscar interpretações adicionais.

O procedimento analítico compreendeu uma evolução na descrição, na qual os dados foram estruturados para evidenciar padrões em nível semântico, e posteriormente na interpretação, onde se buscou teorizar a relevância dos referidos padrões, seus significados e implicações de maior abrangência (PATTON, 1990 *apud* BRAUN, CLARKE, 2006).

Após minuciosa análise do corpus textual, delineou-se o mapa temático inicial. Posteriormente, mediante o processamento dos dados no Iramuteq, ocorreu a seleção das palavras com maior relevância no interior do corpus, culminando na escolha de extratos de discurso específicos. Estes, por sua vez, foram submetidos a um processo de codificação, desencadeando assim a emergência de novos temas, os quais foram mapeados conforme ilustrado na figura 2.

FIGURA 2. Mapa temático 2 – Segmento Assistencial.

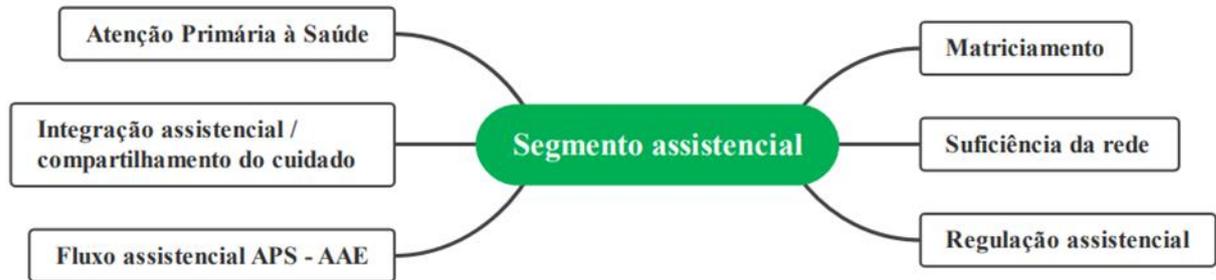


Fonte: elaboração do autor (2023).

Após revisão dos temas, promovendo um confronto entre o primeiro e o segundo mapa temático, tendo em mente que inúmeros deles estão intrinsecamente ligados a conceitos de natureza mais abrangente, a Figura 3 traz o mapa temático definitivo do segmento assistencial.

Isto posto, então passou-se ao diálogo entre o empírico e o referencial teórico adotado no estudo, que para essa dimensão elegeu-se a teoria de Rede de Atenção à Saúde. Advoga sobre a ideia de integração/coordenação do cuidado como estratégia de aprimoramento do sistema de saúde, apontando a importância da APS nesse processo, vislumbrando impacto no acesso aos serviços de saúde, qualidade do cuidado prestado, redução de custos ao sistema, analisando fatores que viabilizam e limitam a integração entre os níveis de atenção.

Figura 3. Mapa temático final – Sistematização dos temas para análise - Segmento Assistencial.



Fonte: elaboração própria (2023).

APS: INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL / COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988 instituiu o SUS, que enfrentou o desafio de alcançar a universalização e integralidade dos cuidados de saúde, abrangendo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Para atingir esse objetivo, o sistema seguiu uma tendência internacional ao adotar, desde os anos 1990, um modelo de saúde centrado na APS. Essa abordagem visa coordenar efetivamente todos os demais serviços e níveis de cuidado, assegurando o acesso oportuno, completo e de alta qualidade para toda a população (CEBES, 2014).

Para parte dos profissionais da APS avaliam positivamente, a integração com a PRS, tecendo elogios e contribuições sobre o serviço especializado, principalmente junto aos municípios mais distantes. Citaram como potencialidades, especialmente, o tempo de espera e ao agendamento dos usuários, à organização dos serviços especializados, processo de encaminhamento, bem como à disponibilidade de exames e especialidades.

[...] Bem, a integração é boa, sempre que precisamos, somos e fomos atendidos. Sempre com muitos elogios ao atendimento, ao tempo de espera, à organização da policlínica (E09).

[...] com a policlínica a integração apesar de muito recente boa, tenho conseguido um feedback bom da policlínica regional local, tanto em termos de tempo de agendamento, quanto o retorno também (E02).

[...] de acordo com nossa realidade do interior, eu acho assim que é bem fácil, eu acho boa a comunicação, sempre conseguimos tá mandando os pacientes, nós sempre temos um retorno muito bom (E12).

[...] é uma realidade maravilhosa para nós, principalmente do município, porque somos um município muito distante e a oferta de todos os serviços é algo que nós nem

imaginávamos que pudesse vir pra cá, pelo custo mesmo de alguns exames que são realizados como ressonância, tomografia, as especialidades. A questão do transporte também (E16).

É evidente que a ideia sobre a integração, colhida no momento inicial das entrevistas, conforme expressa nas falas mencionadas anteriormente, parece ser superficial, enfocando principalmente os benefícios que a implementação da PRS trouxe à RAS. No entanto, ao longo da análise apresentada neste trabalho, tornar-se-á claro que existem argumentos contrários ao que foi inicialmente exposto, os quais são trazidos pelos próprios profissionais da APS.

Os extratos demonstram que a ideia de integração é o encaminhamento ao outro nível de atenção (PRS), correlacionado ao tempo de espera, disponibilidade de serviços incluindo o transporte sanitário. A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de atendimentos voltados à atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços da atenção secundária para consultas, por exemplo (STARFIELD, 2002).

Para os respondentes, o estabelecimento de uma comunicação mais robusta entre a APS e a PRS é essencial, impactando, positivamente, na continuidade do cuidado ao usuário na RAS, como ilustrado nas falas abaixo:

[...] E aí ainda não aconteceu, mas assim, precisa ainda dessa conversa, desse retorno entre a atenção primária e a policlínica porque as vezes o médico encaminha, ou o enfermeiro, ou o dentista, seja qualquer outro profissional e eles não dão essa resposta, e esse diálogo não existe (E5).

[...] comunicação, eu acho que a comunicação, principalmente com os profissionais da atenção básica, para se ter um canal de comunicação com o pessoal da referência da policlínica da média complexidade [...] isso não sei se seria possível, mas falta comunicação, talvez um canal direto que nós pudéssemos entrar em contato (E16).

[...] a comunicação, então eu acho que a comunicação é fundamental, a base de tudo, a comunicação, na verdade nós encaminhamos o paciente e o paciente fica solto (E03).

[...] eu acho que essa comunicação entre os profissionais mesmo sabe, então assim, acho que seria mesmo uma questão de organização do fluxo de comunicação mesmo entre os profissionais (E04).

[...] e por parte da policlínica eu acho que seria eles terem essa atenção com a atenção primária, por que essa contrarreferência serve para o próprio seguimento do paciente (E09).

A integração colaborativa entre as equipes da APS e da AAE, mediante o compartilhamento de responsabilidades na prestação de cuidados, promove a evolução conjunta

desses dois níveis de assistência, culminando na formação de um microsistema clínico unificado. Tal abordagem garante a prestação de atenção contínua e integrada a partir de mecanismos de referência e contrarreferência, matriciamento, discussão de casos, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, prontuário eletrônico compartilhado, dentre outros (BRASIL, 2019).

Por outro lado, para os profissionais da APS que trabalham em UBS localizadas na zona rural, essa integração não existe. Situação que para eles dificulta o acesso às informações, comprometendo a continuidade do cuidado. Revelam ainda desconhecer os serviços ofertados pela PRS, que culmina na dificuldade de acesso aos usuários.

[...] Não, com a policlínica não existe comunicação. É basicamente isso, a gente não poder dar continuidade no trabalho. Porque assim... a gente não sabe, acaba não sabendo das informações corretas. O quê que o paciente pode estar indo procurar, como o paciente pode tá indo procurar os serviços, quais são os serviços que estão oferecidos [...] nunca, nunca nenhum profissional encaminhou nas unidades que eu trabalhei, com todos os profissionais que eu trabalhei, nunca vi um paciente ser referenciado pra policlínica, existe esse serviço mesmo de cardiologia na policlínica? Existe essa referência mesmo de paciente com hipertensão para a policlínica, se precisar? Não é possível! Poxa, espero que eu não seja a única do município a não saber disso (E03).

[...] então as vezes nós não conseguimos ter o acesso a informação, as vezes nós estamos com o usuário e precisaria ter um retorno, então eu acho que falta um pouco essa comunicação mesmo (E16).

A falta de integração em serviços de assistência de diferentes níveis de atenção, afeta o acesso dos usuários que residem em distritos ou municípios distantes, perpetuando a manutenção das desigualdades inter e intramunicipais (ALMEIDA *et al.*, 2016; 2017; GALVÃO *et al.*, 2019; SANTA *et al.*, 2016; ALLER *et al.*, 2017; ALMEIDA; SANTOS; 2016).

Os achados mostram um total desconhecimento entre os profissionais da APS e PRS.

[...] Eu não sei nem quem é o profissional. Não conheço, não sei o nome, não, não conheço. Nós não temos contato nenhum com ninguém específico da policlínica (E16).

[...] eu por exemplo nem conheço quem é o cardiologista de lá (E04).

[...] Não! Não conheço (E02; E09; E19; E12).

[...] De jeito nenhum. Não sei nem se tá tendo esse profissional (E03).

No entanto, essa realidade não foi evidenciada entre os profissionais da PRS, pois mesmo de modo incipiente, revelam algum conhecimento sobre os profissionais da APS.

[...] É isso... temos um cardiologista que vem de Salvador né? Então, esse que vem de Salvador ele não tem muito contato com o pessoal da Atenção Primária. Temos

outro cardiologista que já trabalha aqui no município há muitos anos e já tem um conhecimento né? inclusive volta e meia tem essa troca de informações...por exemplo, já chegou pacientes aqui que ele liga pro colega...oh colega, tem um paciente aqui, fiz um ECO tá e eu te oriento a fazer isso, isso e isso, então muitas vezes o paciente vem fazer um ECO e já tem esse link com o médico da atenção básica, com a orientação do especialista né? Então, ainda que não seja de maneira tão robusta, existe de certa forma essa troca né? (E11).

[...] Sim, alguns médicos (E20).

Para Almeida *et al.*, (2013) p.1 “iniciativas que promovam maior relação interpessoal foram consideradas mais exitosas para integrar profissionais dos dois níveis”. Em estudo realizado no Brasil e Espanha pela autora supracitada e colaboradores, foi julgado como importante promover maior contato pessoal e relações diretas entre os profissionais, visando fomentar uma cultura de colaboração. Essas iniciativas são amplamente consideradas como as mais bem-sucedidas para promover a integração entre atenção primária e especializada.

Dentre as iniciativas que fomentam o conhecimento pessoal, compartilhamento de saberes individuais e a colaboração entre a APS e AAE, encontra-se como fundamental, a adoção de estratégias como o matriciamento com interconsulta, a condução de sessões clínicas e a oferta de programas de capacitação (Almeida *et al.*, 2013).

A introdução das teleconsultas marcou um significativo avanço no fortalecimento da integração entre a APS e AAE. Isso resultou na diminuição das filas de espera e na melhoria da qualidade dos encaminhamentos, além de abrir possibilidades para o aperfeiçoamento da coordenação do cuidado e para a educação contínua dos profissionais de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

A longitudinalidade de cuidados, implica na presença constante de uma fonte de assistência e sua utilização de forma consistente ao longo do tempo. Adicionalmente, o relacionamento da comunidade com essa fonte de assistência deveria manifestar-se por meio de vínculos interpessoais sólidos, evidenciando uma colaboração mútua entre os indivíduos e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

Por conseguinte, tanto a continuidade quanto o reconhecimento adequado dos problemas são requisitos essenciais na avaliação da coordenação da atenção assistencial (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, os entrevistados trouxeram como mecanismos de promoção da continuidade do cuidado, orientação ao paciente para retornar à unidade de saúde; busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde; visitas domiciliares; acompanhamento do paciente após a obtenção dos resultados dos exames.

[...] eu peço para retornar e eu que acompanho o paciente, eu oriento as vezes que tragam todos os exames que foram pedidos, as receitas que foram feitas, tudo isso (E04).

[...] sim nós conseguimos ter esse retorno [...] os agentes de saúde, eles fazem esse trabalho muito fantástico [...] o que temos feito como estratégia são visitas domiciliares e as vezes não temos pernas para atender a todos (E16).

[...] que o município fizesse alguma folhinha de protocolo para que esse retorno voltasse pra unidade básica de saúde, mas nunca aconteceu (E03).

[...] não, a gente sabe pelo próprio paciente, quando ele não consegue, ele retorna para a unidade informando que procurou e que não conseguiu realizar o agendamento (E19).

[...] geralmente o paciente volta e a gente na entrevista do paciente, a gente vai perguntando (E09).

[...] Sim, temos um retorno sim, nós conseguimos saber se o paciente foi porque na maioria dos casos o paciente que vai para policlínica, ele sempre retorna pra unidade com aquele resultado de exame (E12).

Nota-se que dentre as ações relacionadas ao acompanhamento dos pacientes em relação ao acesso aos serviços especializados, foram observadas diversas estratégias, incluindo: orientação ao paciente para retornar à unidade de saúde; busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde; visitas domiciliares; acompanhamento do paciente após a obtenção dos resultados dos exames; necessidade de contrarreferência como parte do processo de acompanhamento do paciente.

A essência da coordenação está na disponibilidade de informações sobre problemas e serviços anteriores, bem como no reconhecimento dessas informações, conforme elas se relacionam com as necessidades do atendimento atual (STARFIELD, 2002). É perceptível que tais mecanismos voltados a coordenação do cuidado, não são suficientes para promover integração estrutural entre os níveis de atenção.

Um profissional da APS apontou como um caminho profícuo a coordenação/integração a disponibilidade de um sistema que possibilitasse a troca de informações entre a APS e PSR. *[...] assim não vem nada, a gente não tem acesso a nenhum sistema... assim, porque poderia ser um sistema integrado talvez (E09).*

A utilização de sistemas informatizados para fornecimento de informações de retorno, também aprimora o cuidado ao paciente, simplificando a coordenação (STARFIELD, 2002). Almeida et al. (2013) afirmam que no país a informatização do prontuário do paciente é recente. Em contrapartida, a mera existência do sistema, não garante efetivamente o compartilhamento do cuidado. É preciso que todos os envolvidos estejam sensibilizados e imbuídos no alcance de tal objetivo.

“A implantação da história clínica informatizada nos serviços de atenção primária e especializada ainda é recente e bastante incipiente” (ALMEIDA *et al.*, 2013, p. 409).

Os sistemas logísticos nas redes de atenção à saúde estão associados ao princípio de integração vertical. Esse termo refere-se à consolidação, seja dentro de uma única organização ou em uma aliança entre organizações, de diferentes unidades produtivas anteriormente autônomas, cujos produtos são utilizados como insumos em uma unidade para outra. Os motivadores subjacentes à integração vertical incluem a superação da fragmentação nos sistemas de atenção à saúde, a redução dos custos de transação no sistema e o aumento da produtividade por meio da utilização eficiente dos recursos compartilhados (OPAS, 2011).

Os Sistemas logísticos referem-se também à implementação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pacientes, bem como à realização de trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos diferentes pontos de atendimento na rede de saúde e nos sistemas de apoio à atenção à saúde (BRASIL, 2019). Porém, o material empírico demonstra a necessidade de aprimoramento dos sistemas logísticos na RAS, principalmente no que diz respeito à APS e PRS.

As condições clínicas identificadas em consultas anteriores, bem como as questões que levaram ao encaminhamento a outros profissionais, sejam avaliadas durante consultas subsequentes. Esse reconhecimento de problemas é facilitado quando o mesmo profissional acompanha o paciente ao longo do tempo ou quando se tem acesso a registros médicos que documentam esses problemas (STARFIELD, 2002).

Para garantia da integração ou coordenação assistencial da atenção em saúde, é imperativo que haja algum grau de continuidade, seja por parte dos profissionais de saúde, seja por meio da manutenção de registros médicos, ou até mesmo pela combinação desses fatores. Além disso, é crucial o reconhecimento adequado dos problemas enfrentados pelos pacientes, o que constitui um elemento fundamental (STARFIELD, 2002).

A estruturação dos macroprocessos da APS efetiva sua responsabilidade como coordenadora das RAS, estabelecendo, assim, uma metodologia de organização tanto para os processos na AAE, quanto para os fluxos de cuidado na atenção hospitalar, além dos processos relacionados aos sistemas de apoio e logística (BRASIL, 2019).

Dentro dos parâmetros da integração entre a APS e a AAE, alguns profissionais apontaram situações relacionadas à demanda por profissionais especialistas, à diversificação desses profissionais e à disponibilidade de vagas, fatores que têm impacto direto no acesso dos usuários aos serviços.

[...] limites na verdade em relação a algumas especialidades que faltam ou então, tem por um período mais falta em outros, em relação a quantidade de especialistas eu acho a diversificação talvez também (E09).

[...] os limites eu acredito que seja a quantidade de oferta de vagas disponíveis para a secretaria então isso acaba implicando um pouco no acesso (E16).

Para melhoria da qualidade dos serviços de saúde e garantia do acesso mais amplo e equitativo, é crucial abordar esses desafios. É evidente a falta de um programa de gestão de recursos humanos que compreenda a formulação de estratégias destinadas a captação e fixação de especialistas para a PRS, o que, por sua vez, resultaria no aumento da capacidade de atendimento e na expansão das vagas disponíveis.

Grande parte dos entrevistados defendem que a integração entre os níveis de atenção resultava em uma maior acessibilidade, redução de custos para os municípios e um atendimento mais completo às necessidades dos usuários. Isso foi especialmente notado quando comparado aos períodos em que a PRS não estava presente na região.

A integração é vista como um meio para aprimorar o desempenho do sistema, justificando-se pelos benefícios de proporcionar serviços mais acessíveis, de maior qualidade e com uma relação custo-benefício superior, atendendo assim às necessidades dos usuários (OPAS, 2009 *apud* BRASIL, 2010).

Quando examinada a qualidade do atendimento e o cuidado longitudinal ao usuário de forma mais detalhada, observou-se que a grande maioria dos profissionais destacou a falta de relacionamento entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, o que, por sua vez, resulta em uma comunicação deficiente. Esse cenário gera um aumento no número de encaminhamentos para o serviço especializado, o que, por sua vez, culmina no aumento das filas de espera.

[...] E as vezes tem município por exemplo que tem três vagas, quatro vagas por mês. Aí, tem casos de paciente, que poderiam muito bem ser resolvidos na atenção básica e aí aonde tá o nosso maior entrave, essa integração (E11).

A longitudinalidade se refere a uma relação pessoal de longo prazo entre profissionais e pacientes em suas unidades de saúde, que é mantida independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde específicos. Essa conexão está associada a vários benefícios, incluindo uma menor utilização dos serviços, uma prestação de cuidados preventivos mais eficaz, atenção oportuna e adequada, menor incidência de doenças evitáveis, uma compreensão

mais completa das necessidades dos pacientes, redução nas hospitalizações e custos totais de assistência mais baixos (BRASIL, 2019).

A aplicação de diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como as estratégias de gestão do cuidado relacionadas à HAS entre os diferentes níveis de atenção, demonstra estar seriamente comprometida ou mesmo inexistente no cenário analisado. Isso acarreta impactos adversos no acompanhamento dos casos, levando a encaminhamentos frequentes à AAE e, conseqüentemente, elevando os custos da assistência em saúde. Apenas uma profissional da APS citou o compartilhamento de diretriz técnica da Sociedade Brasileira de Hipertensão e Cardiologia.

[...] no início nós recebemos um protocolo para os profissionais que ajudou muito, que segue a Sociedade Brasileira de Hipertensão e de Cardiologia [...] não é muito diferente do que já fazíamos, mas existe um protocolo da policlínica que seguimos e que é para seguir, não sei como é que está agora (E02).

Os maiores ganhos estão diretamente relacionados ao estabelecimento de vínculos sólidos com os profissionais de saúde e à adoção de abordagens eficazes de manejo clínico de problemas de saúde, que envolvem o uso de diretrizes clínicas e a gestão das patologias (BRASIL, 2019).

É crucial aprimorar a gestão clínica no atendimento às pessoas com HAS, abrangendo os diferentes níveis de atenção, cabendo a APS papel de destaque no fomento a integração e coordenação do cuidado, podendo ser alcançado por meio do uso de ferramentas de microgerenciamento poderosas, eficientes e eficazes, que contribuam significativamente ao processo. Essas ferramentas têm como ponto de partida as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica e o gerenciamento das listas de espera (BRASIL, 2019).

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) aprovada recentemente possui dentre suas diretrizes a promoção de um modelo de atenção focado nas necessidades de saúde individuais e na assistência ao usuário, incentivando a participação ativa da pessoa na gestão de seu cuidado e facilitando o compartilhamento de decisões, bem como a atuação conjunta, interdisciplinar e integrada das distintas equipes e serviços (BRASIL, 2023).

Concorda-se com Howlett, Ramesh e Perl (2013) quando afirmam que apesar de os políticos desempenharem um papel relevante nas decisões que culminam no processo de implementação de políticas públicas, supervisão e avaliação, a maior parte das ações são realizadas pelos trabalhadores em seu cotidiano de trabalho. Desse modo, é imprescindível que haja um envolvimento dos profissionais nesse processo de integração entre a APS e a AAE.

Processo esse que deve ser planejado e mediado pela gestão em um contexto de articulação interfederativa, pautado na cooperação e solidariedade entre os entes.

FLUXO ASSISTENCIAL: APS ↔ AAE

Nessa categoria tem-se como conteúdo a análise do fluxo de cuidados entre a APS e a AAE nos municípios estudados. Essa análise teve como ponto de partida os critérios para encaminhamentos estabelecidos, processo de referência e contrarreferência, avaliando o impacto desse fluxo na qualidade dos atendimentos e no acesso dos usuários ao serviço especializado.

Os dados sinalizam ausência de consenso quanto a tal dimensão entre os sujeitos do estudo, bem como a falta de familiaridade acerca dos critérios para encaminhamento ao serviço especializado, resultando em distintas percepções, apesar de existir um Manual de Acesso aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das PRS do Estado da Bahia (2017), o qual além de estabelecer o fluxo para consultas à especialidade de cardiologia, pontua situações que justificam a referência para o AAE.

[...] tem os critérios, são pacientes com hipertensão arterial complicada que não conseguiram fazer o controle da pressão com uso de três medicações anti-hipertensivas em dose máxima. Pacientes que já tem doença cardiovascular instalada, passado de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, são mais os casos mais complicados que encaminhamos para a policlínica, os casos mais simples conduzimos na unidade (E02).

[...] pacientes extremamente descompensados que mesmo com o uso correto da medicação, com a diminuição do consumo de alimentos, com a alimentação adequada e acompanhamento com a nutricionista, fazendo atividade física, não consegue compensar (E19).

[...] na verdade assim, nós fazemos uma avaliação a cada seis meses e sempre que necessário nós encaminhamos (E12).

[...] geralmente sim, eu encaminho se tiver uma hipertensão refratária que não responde com espirolactona ou quando tem alguma cardiopatia associada ou quando já tem uma diabetes associada e já faz uso de insulino terapia aí eu prefiro encaminhar para ser avaliado pelo especialista cardiologista (E04).

[...] que tentamos todos os tratamentos com todas as possibilidades que temos por aqui e quando não conseguimos esse controle, enviamos (E09).

[...] de verdade eu não sei te dizer (E16).

Todos os respondentes destacaram o uso do relatório clínico no processo de encaminhamento para PRS, todavia, grande maioria demonstrou desconhecimento dos critérios para a consulta com especialista. Chama atenção o relato de que há situações em que é o

profissional que define os critérios e outros que afirmam não saber da existência do referido Manual.

[...] já encaminha esses com um relatório médico dizendo quais as medicações que já usa, quais são as dificuldades que pacientes tem de controle mais os exames que solicitamos e o resultado (E02).

[...] através da solicitação, através de um relatório... na realidade ele vem, a gente dá um encaminhamento, em conjunto com o encaminhamento a gente coloca o motivo, um relatorozinho explicando o motivo do encaminhamento (E19).

[...] então esse paciente quando ele precisa dessa consulta na policlínica nós fazemos um relatório, entrega a guia, entrega a requisição e o relatório, mas não tem um critério específico não, nesse encaminhamento para a policlínica (E12).

[...] esses critérios foram definidos por mim, risos, com base em estudo mesmo, não recebi orientação, eu solicito a consulta e faço o relatório médico (E04).

[...] a gente primeiro faz um encaminhamento, faz um relatório com histórico da paciente, o medicamento que tá tomando, com os exames que já foram solicitados, com os resultados dos exames que solicitamos, fora isso não tem nenhum protocolo assim: caso aconteça isso, encaminhe (E09).

[...] os encaminhamentos são feitos com a solicitação médica e os agendamentos na secretaria de saúde. Porque as vezes nós até encaminhamos algumas coisas e não encaminhamos talvez conforme o que a policlínica precisa: os parâmetros, os critérios; então, até o momento não obtivemos (E16).

[...] Na Policlínica temos nosso manual de acesso né, que a SESAB disponibiliza, onde cada especialidade tem seus, os seus critérios, né? Cardiologista, quando é que encaminho paciente ao cardiologista? [...] eles preenchem a ficha solicitando a especialidade que ele quer, descrevendo o motivo pelo qual ele quer que encaminhe para o especialista, dessa forma que deve funcionar (E11).

Cabe indagar como ocorre a publicização de tais documentos, dado o revelado nas entrevistas. A rotatividade dos profissionais da assistência, o pouco ou nenhum envolvimento da gestão no acompanhamento e monitoramento do processo de trabalho da APS podem ser outros fatores que expliquem tal cenário.

O protocolo da PRS está estruturado em cinco componentes, onde um deles é o acesso, constando informações acerca da marcação de consultas, exames e procedimentos, bem como o fluxo do paciente na dinâmica município – policlínica – município. Além disso, consta protocolo estabelecido para realização de exames de imagem e apoio diagnóstico (BAHIA, 2017).

Almeida et al. (2010) salientam a importância da organização dos encaminhamentos para serviços de AAE, assim como a importância do nível de tomada de decisão na APS e da mobilização de recursos por meio de uma decisão compartilhada a partir dela.

Em contrapartida, ficou evidente dificuldade na estratificação de risco clínico no processo de referenciamento, resultando na ausência de priorização dos casos, comprometendo o acesso em tempo oportuno e reforçando as iniquidades na assistência à saúde.

[...] não é uma simples hipertensão inicial ali que você consegue controlar com dois, três medicamentos que você vai encaminhar para a policlínica, então né, a gente deixa a policlínica para um caso onde não se consegue ser controlado na atenção básica [...] então hoje nós estamos tentando fazer cumprir o manual de acesso (E11).

[...] tem pacientes muito mais graves que demoram muito tempo para chegar aqui pra ser avaliado e assim terem um bom prognóstico (E20).

Para os profissionais da PRS o Manual de Acesso é importante, na medida em que oferece orientações sobre o processo de encaminhamento, incluindo critérios específicos para cada especialidade. No entanto, afirmam que 70% dos encaminhamentos vem sem relatório médico, sendo predominante o uso da guia de solicitação de procedimentos, percebida como prejudicial à qualidade da assistência. Além disso, identificam fragilidades no manejo clínico dos pacientes com HAS pelos médicos da APS.

[...] porque o manual de acesso diz que todo paciente que tem na policlínica, além da documentação básica, precisa de um relatório médico detalhado sobre a doença com o CID [...] ele, esse médico faz um relatório, preenche uma ficha de encaminhamento (E11).

[...] a guia mais simples de consulta com cardiologista mesmo, alguns fazem relatório, mas eu acho que uns trinta por cento fazem relatório. A referência ajudaria com certeza porque muitas vezes o paciente tem pouca instrução. [...] eu percebo assim que o encaminhamento quando eles fazem, eles não têm ainda um bom treinamento no tipo de tratamento que eles devem fazer, porque existe uma conduta muito básica para hipertensão (E20).

[...] A gente vê muitas vezes, ainda vem demandas que não é para policlínica, e a gente está trabalhando isso, meio que de formiguinha, meio que tentando mostrar com os profissionais: olha, a Policlínica tem essas especialidades, coisas que são resolvidas no PSF de preferência, não sejam direcionadas para a Policlínica, até porquê as vagas não são tantas assim (E11).

[...] existe uma conduta muito básica para hipertensão, que você trata primeiro o paciente com bloqueador do canal de cálcio; bloqueador do receptor de angiotensina ou inibidor da enzima conversora de angiotensina e um diurético tiazídico. Se eles conseguissem usar essas três medicações de maneira mais rotineira, eles evitariam alguns encaminhamentos de condições que não são tão preocupantes, né? que eles poderiam tratar por lá mesmo pelo PSF (E20).

Em compensação a fala dos profissionais da APS, divergem da fala dos profissionais da PRS, quando se trata da ausência de relatório médico nos casos de encaminhamento para esse nível de atenção. E, acrescentam ainda, problemas na contrarreferência.

[...] Enviamos tudo, mas uma coisa que não existe é essa contrarreferência da policlínica... não existe, nunca existiu. Isso é um ponto muito falho da policlínica. (E09).

[...] Então fica muita informação desencontrada, fica sem ter de fato uma resposta do profissional... não se sabe o que foi que informou, porque o colega não mandou a conduta dele e orientou como é que deve prosseguir o tratamento dele e então fica essa dificuldade (E02).

[...] A gente faz o encaminhamento, paciente faz o agendamento na Secretaria de Saúde. Na realidade, a gente não tem muito retorno com a policlínica do Estado, né? (E19).

[...] acabamos tentando adivinhar o que aconteceu, tudo da consulta, mas assim, algo contrarreferenciado não, nunca temos, eu nunca recebo um feedback de nenhum, nenhuma especialidade (E03).

A cultura da contrarreferência pode desempenhar um papel importante na educação continuada dos profissionais que atuam na APS. Isso ocorre porque ela proporciona uma oportunidade para esses profissionais revisarem e avaliarem os diagnósticos que foram realizados e que fundamentaram a decisão de encaminhar o paciente para atenção especializada (COSTA *et al.*, 2013). Todavia essa prática não é amplamente adotada no âmbito do SUS, o que resulta na diminuição da qualidade dos cuidados prestados (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Para os profissionais da APS, padronizar o processo de referência e contrarreferência além de facilitar a comunicação, também promove uma maior sinergia e compartilhamento do cuidado em saúde.

[...] já que eu acho que a via de comunicação padrão seria aquela ficha de referência e contrarreferência, se já conseguisse pelo menos deixar protocolado isso e ter isso como uma regra, que todos fizessem, já ajudava acho que oitenta por cento, porque se ele registra no próprio papel que manda, o paciente traz de volta e conseguimos ter uma noção de como conduzir (E02).

[...] essa contrarreferência serve para o próprio seguimento do paciente, serve até para que não mande o paciente de novo para eles, para que consiga solucionar de uma forma melhor, pra caminharmos juntos, ter essa atenção daqui para lá, que tivessem a atenção de lá para cá também (E09).

Os profissionais da PRS consideram a contrarreferência um instrumento valioso para promover o cuidado compartilhado e longitudinal, contudo, reconhecem que muitas vezes se resume a informações de natureza diagnóstica, não abarcando a conduta e o motivo de tal escolha terapêutica. Sabe-se que o acesso a informações qualificadas entre profissionais é fundamental para a qualidade e efetividade do cuidado, reduzindo assim, a agudização e a ocorrência de agravamento do quadro.

[...] A contrarreferência é uma ferramenta importantíssima. Se o paciente sai daqui sem uma contrarreferência, a consulta praticamente foi invalidada. Praticamente não conseguiu fazer muita coisa, porquê quem vai continuar o acompanhamento é o médico do posto de saúde, então da atenção básica (E11).

[...] Eu normalmente faço né? Alguma explicação, quando tem doença grave... eu peço os estudantes que estão comigo pra poder preencher pelo menos uma hipótese diagnóstica, com um relato breve do caso, isso é importante (E20).

A maioria dos processos de contrarreferência quando realizados, demonstra variações significativas em termos de qualidade e regularidade. Este é um problema de longa data e contínuo, que espelha a falta de comunicação adequada entre os diferentes níveis de atendimento (REIG et al., 2004 *apud* ALMEIDA, et al., 2013).

Conforme PNAES a equipe multiprofissional possui como premissa no desenvolvimento das suas ações estabelecer a conexão da continuidade do cuidado com os diferentes pontos de atenção presentes na RAS, assegurando uma transição segura e bem informada do cuidado, especialmente em relação à APS (RASIL, 2023).

Para garantir a construção de uma rede de saúde completa, é crucial identificar e fortalecer estratégias essenciais já implementadas no SUS. Além disso, é importante identificar e superar as barreiras que favoreçam o aprimoramento dos mecanismos de compartilhamento do cuidado, assegurando a integralidade dentro da RAS, conformes políticas já estabelecidas no âmbito do SUS.

MATRICIAMENTO

Essa categoria teve como objetivo examinar o processo de matriciamento com foco na análise do cuidado colaborativo e no impacto desse compartilhamento na qualidade do atendimento. Isso inclui a ampliação da resolutividade da APS, o estímulo à educação continuada, o fortalecimento dos laços entre profissionais, melhor comunicação assistencial, otimização da gestão clínica e melhoria da acessibilidade e eficácia dos cuidados prestados.

Nesse sentido, os achados do estudo revelam que a PRS adotou o matriciamento como ferramenta estratégica para facilitar a disseminação de informações e fortalecer o relacionamento com os municípios. A implementação do matriciamento *in locu* possibilita um diálogo mais próximo sobre o gerenciamento das cotas e recursos na área da saúde, além de divulgar o trabalho da policlínica, pontuando as dificuldades enfrentadas. Com forte envolvimento dos profissionais pertencentes ao corpo administrativo, incluindo a diretoria geral, assistencial e clínica, além da assessoria jurídica.

[...] existe uma estratégia da policlínica que são os matriciamentos, onde nós vamos em cada município, nem sempre eu como diretor clínico tenho como ir, mas quando eu posso sempre estou presente (E11).

[...]mas vai diretor geral, assessoria assistencial, muitas vezes vai o jurídico também, uma equipe da policlínica pra tentar aculturar mesmo, mostrar o que é a policlínica, quais são as dificuldades (E11).

O apoio matricial tem como objetivo fornecer tanto suporte clínico quanto orientação técnica e educacional às equipes de Atenção Básica. Ele representa um dispositivo fundamental para expandir a capacidade de atendimento, tornando-o mais eficaz e abrangente na APS (FAUSTO *et al.*, 2014). O matriciamento prevê que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos, capacitações, além de funcionar como referência para atendimentos (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Dentro da abordagem de apoio matricial, a interação entre indivíduos com diferentes conhecimentos, valores e funções - ou seja, entre os especialistas e a Equipe de Saúde da Família - é concebida como uma relação horizontal, baseada no diálogo e não hierárquica (FAUSTO *et al.*, 2014).

Todavia, identifica-se que o modelo de matriciamento na PRS em nada coaduna com o previsto na literatura, já que tem um forte caráter administrativo de apresentação do serviço e suas dificuldades. Não ficou evidente nas falas, a oferta de apoio clínico, discussão de casos, interconsulta, dentre outras possibilidades que a ferramenta possibilita.

Os burocratas desempenham um papel fundamental na maioria das ações de implementação de políticas, cada um com seus próprios interesses específicos. Isso, por sua vez, pode impactar o processo de implementação, tornando-o fragmentado (DYE, 2001; BARDACH, 1977; ELMORE, 1978; BACHE E FLINDERS, 2004 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Desta forma, percebe-se ausência de profissionais da assistência envolvidos na execução do matriciamento, fazendo com que a implementação da política na região ocorra de forma fragilizada.

Ainda nessa seara, a análise das atas das reuniões da CIR da região, demonstrou que a integração assistencial foi debatida sob a perspectiva e responsabilidade da gestão municipal, sem envolver todos os envolvidos, a exemplo dos profissionais de saúde. Para a consecução de um sistema integrado a APS precisa ser fortalecida e as práticas de apoio matricial sejam aprimoradas. Isso possibilitará a implementação de intervenções contextualizadas nos territórios, com repercussões positivas que se estendem por toda a rede de atenção à saúde (BATISTA *et al.*, 2019).

No entanto, é crucial que a APS receba o devido reconhecimento e tenha seus fluxos fortalecidos, ao mesmo tempo em que as práticas de apoio matricial sejam aprimoradas. Isso possibilitará a implementação de intervenções contextualizadas nos territórios, com repercussões positivas que se estendem por toda a rede de atenção à saúde (BATISTA *et al.*, 2019).

No estudo de Almeida *et al.* (2013) o matriciamento sobressaiu-se como uma das inovações implementadas para diminuir a distância entre especialistas e profissionais da APS, também abordando as dificuldades enfrentadas pelas equipes de Saúde da Família em seu ambiente de trabalho.

Essa estratégia também capacita a equipe da APS, com o respaldo da equipe da AAE, a assumir, com maior segurança, o cuidado de pacientes de alto e muito alto risco que estejam clinicamente estáveis. A integração deve ser implementada em diversos momentos e por meio de diferentes abordagens (BRASIL, 2019).

Em estudo de Almeida *et al.* (2017), quase todos os entrevistados mencionaram a presença do apoio matricial como uma estratégia para aprimorar as equipes, através de interações regulares com profissionais de diversas especialidades. Essa abordagem é particularmente relevante quando se trata da resolução de casos complexos.

Os resultados da pesquisa realizada por Chaves *et al.*, (2018), evidenciaram que os componentes relacionados às práticas de apoio matricial, incluindo consultas médicas, análise de casos, ações clínicas colaborativas, elaboração conjunta de planos terapêuticos, educação continuada, análise dos processos de trabalho, intervenções no território e visitas com profissionais de atenção básica, contribuem para o aprimoramento do desempenho das equipes de atenção primária.

Kinalski *et al.* (2021) traz como aprendizado de sua pesquisa que, para garantir a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção à saúde, independentemente do grau de tecnologia envolvido, é fundamental ter acesso ao registro de saúde do paciente, seja ele em formato eletrônico ou não, e contar com o apoio matricial.

A integração entre a APS e a AAE é principalmente facilitada pelo processo de matriciamento, no qual profissionais da AAE prestam apoio diretamente nas unidades de saúde (EVANGELISTA *et al.*, 2019). Percebe-se que ainda é ausente entre os níveis de atenção analisados no trabalho, processos de matriciamento envolvendo especialistas e generalistas no tocante à integração assistencial e de cuidado.

Estudos em várias localidades brasileiras, ressaltam a importância de reestruturar o sistema de referência e contrarreferência, os fluxos assistenciais e às centrais de regulação, com o propósito de equilibrar a disponibilidade de serviços e não criar obstáculos ao acesso dos usuários a serviços e ações de saúde (SERRA *et al.*, 2010; FINKELSZTEJN *et al.*, 2009; VIEGAS *et al.*, 2013; BRASIL, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2014 *apud* MELO *et al.*, 2016).

Consoante PNAE, é necessário evitar procedimentos burocráticos que careçam de informações sobre o usuário, a fim de possibilitar uma avaliação adequada e decisões clínicas eficazes no processo de regulação de acesso (BRASIL, 2023).

A estratégia de matriciamento representa uma oportunidade significativa para aprimorar a qualidade do atendimento, uma vez que pode contribuir para a organização de fluxos, processos, comunicação assistencial, aprimoramento dos encaminhamentos, educação permanente, conseqüentemente, facilitar o acesso dos usuários de forma oportuna, promovendo um cuidado longitudinal e equânime.

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Essa categoria descreve o processo de regulação do acesso à assistência sob a perspectiva dos procedimentos regulatórios, tempo de espera e acesso. Nesse estudo, regulação assistencial também conhecida como regulação de acesso, é compreendida como a dimensão que envolve a organização, controle, gestão e priorização do acesso aos serviços de saúde e os fluxos de assistência no contexto do SUS (BRASIL, 2008).

Ficou notório que a regulação assistencial na perspectiva dos entrevistados iguala-se ao agendamento/marcação de consultas e procedimentos, tendo como operador a Secretaria de Saúde dos municípios.

[...] a coordenadora da unidade lá do posto é que é responsável por fazer essa marcação na secretaria de saúde... (E04).

[...] nós pedimos e encaminhamos via relatório, deve ser via relatório de referência para agendar na secretaria municipal de saúde e a secretaria que faz esse agendamento (E02).

[...] orienta a procurar a secretaria de saúde para na secretaria fazer o agendamento e a secretaria que faz agendamento e informa o dia que ele será atendido (E19).

[...] É aquela fichinha de requisição, nós mandamos o paciente pra secretaria de saúde e ele marca pra policlínica (E03).

[...] a gente passa através da Secretaria de saúde, encaminhamos o paciente e a Secretaria fica responsável por marcar as consultas na policlínica (E09).

[...] os agendamentos são realizados no setor de regulação da secretaria e normalmente o paciente não sai de lá com o agendamento, ele leva a solicitação e aguarda o pessoal entrar em contato (E16).

Para além disso, os profissionais da APS e PRS apontam para existência de ingerência política nas operações da Central de Regulação, através de práticas patrimonialista no âmbito local.

[...] Ai o vereador vai, fala com a secretaria de saúde, aí vai e agenda (E02).

[...] já atendi aqui um jovem com hipertensão, quadro que poderia ser muito bem tratado na atenção básica e aí perguntei a ele como conseguiu a consulta, disse que tinha sido com um vereador (E11).

[...] A gente tá em um município pequeno, querendo ou não existe muita troca de favores e interesses. Então como é a secretaria que fica responsável por aquele agendamento acaba que muitas vezes limita o acesso a muitas pessoas. Então eu costumo ver algumas pessoas aguardando muito tempo para fazer determinados exames e ao mesmo tempo que eu vejo pessoas com poder aquisitivo até maior, com poder de comunicação maior, com facilidade de conseguir ir, vir até a Policlínica para realizar esses exames (E16).

[...] a coordenadora da unidade lá do posto é que é responsável por fazer essa marcação na secretaria de saúde (E04).

Todavia, não é uma percepção unânime entre os respondentes, pois as falas de profissionais de unidades da APS situadas na zona rural apontam para existência de processo de regulação descentralizado, coordenado pela APS, visando flexibilização aos usuários residentes na zona rural.

[...] Ele faz a marcação lá mesmo na nossa unidade de saúde e aí a coordenadora da unidade faz esse agendamento, a gente recebe e ele só vai. Vai pra sede, pega o ônibus que é encaminhado para a policlínica (E12).

[...] a coordenadora da unidade lá do posto é que é responsável por fazer essa marcação na secretaria de saúde (E04).

É perceptível a priorização de atendimento com base na percepção subjetiva do profissional acerca da necessidade do usuário. A falta de padronização nessa estratificação de risco pela APS, ausência de protocolos regulatórios que norteiem o agendamento, contribuem para práticas clientelistas e iniquidades de acesso.

[...] Então, o que eu mais assim senti falta, foi de melhorar ainda mais esse fluxo para conseguirmos fazer uma triagem mais justa para a população (E01).

[...] tem muito paciente hipertenso mal tratado, mal controlado que não está tendo a oportunidade de vir para cá. Os pacientes mesmos trazem essa queixa de que demora muito para conseguir uma consulta e se a gente tiver um protocolo uniformizado para poder captar esse paciente mais grave e que a gente possa ofertar mais vagas (E20).

Entre os objetivos que os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde almejam atingir, encontram-se: estabelecer um acesso organizado que seja equitativo, transparente e seguro e, direcionar o acesso considerando as necessidades individuais e os riscos dos usuários (OPAS, 2011). Todavia, a existência de lista de espera e demora no tempo para agendamento de consultas e/ou procedimentos demonstram debilidades na regulação de acesso nos municípios estudados.

[...] então o paciente tem que ir todos os dias para saber quando tem vaga, nunca tem vaga e agora atualmente eles estão fazendo uma lista de espera (E03).

[...] A gente faz o encaminhamento, paciente faz o agendamento na Secretaria de saúde e assim, o que eu vejo é uma dificuldade do acesso do paciente para os exames ou até mesmo para consultas na policlínica. É um tempo muito grande... tem pacientes que até oito meses, um ano tentando um atendimento e não consegue (E19).

[...] muitos desses paciente, por uma falta de comunicação profissional - profissional, acaba inchando a fila de pacientes na policlínica, que poderia tá sendo ocupada de fato por quem precisa! (E02).

Os procedimentos de regulação devem ser estruturados com base nos princípios constitucionais que não apenas asseguram o direito à saúde, mas também o direito à vida. Isso nos permite transcender a abordagem meramente administrativa, normativa e burocrática, rumo a uma perspectiva mais compassiva e empática, que esteja relacionada às necessidades reais dos usuários (FREIRE, 2017 *apud* BATISTA *et al.*, 2019). Consequentemente, a regulação se transforma em um processo genuinamente centrado no usuário e em suas necessidades reais (BATISTA *et al.*, 2019).

A disponibilidade de transporte sanitário foi descrita como um facilitador de acesso a PRS, em especial para os municípios mais distantes.

[...] A questão do transporte também, o município poder ter aquele transporte disponível ali específico para levar e pra trazer, por conta do custo também por que muitas pessoas não conseguiam vir pra Jacobina pela questão de transporte, então acredito que as potencialidades prevalecem muito mais (E16).

Em contraposição para profissionais da APS que atuam no município distante da sede, referiram desconhecer a existência do transporte sanitário, situação que impacta diretamente no acesso dos usuários às consultas e procedimentos agendados na PRS.

[...] porquê assim na maioria das vezes é uma comunidade muito carente, então assim, o paciente tem aquela necessidade, nós atendemos, fazemos o encaminhamento, entrega a guia tudo direitinho. Mas na maioria das vezes esse paciente não tem condições de ir até aquele serviço de saúde, compreende? Então assim, se existisse um transporte, alguma coisa do tipo, eu acho que facilitaria bastante (E12).

No Brasil, estudos indicam que a integração das Redes de Atenção à Saúde, uma das dimensões da coordenação, foi potencializada pela expansão da ESF; criação de serviços de especialidades em distritos de saúde; implantação de sistema de regulação; informatização dos prontuários; elaboração de protocolos gerenciais e clínicos e iniciativas de comunicação e apoio matricial (Almeida *et al.*, 2010; Fausto *et al.*, 2014; Giovanella *et al.*, 2009; Santos *et al.*, 2014 *apud* Almeida *et al.*, 2016).

Quando se considera essa perspectiva, fica claro que uma APS que exerce a coordenação do cuidado deve ser capaz de agendar consultas e procedimentos em sua rede de referência, além de monitorar as filas e os tempos de espera para atendimento especializado. Isso pode ser

alcançado com a disponibilidade de recursos como sistemas de agendamento e prontuários eletrônicos compartilhados (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Nesse sentido a APS enquanto coordenadora e ordenadora da RAS possui papel preponderante no processo de regulação assistencial, desde a organização de fluxos, envolvendo processos de referência e contrarreferência, classificação de risco, monitoramento do tempo de espera, acesso ao acompanhamento do usuário de forma longitudinal, o que exige destinação de recursos humanos, financeiros, operacionais, envolvendo os tecnológicos, para que a implementação desse processo em termos práticos, ocorra de forma eficiente, eficaz, justa e equânime.

Pereira, Mota e Bousquat (2023) afirmam que a ausência de mecanismos regulatórios definidos e transparentes, levam a trajetórias desordenadas por parte do usuário no sistema de saúde, impedindo a continuidade do cuidado e manutenção de intervenções pontuais.

A PNAES incorpora em suas orientações a reflexão sobre a regulação do acesso e a coordenação do cuidado, pautando-se pelos princípios da equidade e transparência. Nesse contexto, o acesso regulado, alinhado com a Política Nacional de Regulação, visa assegurar a prestação oportuna de cuidados, reduzindo a taxa de absenteísmo e os períodos de espera. Para atingir esses objetivos, é imperativo que o sistema de regulação: garanta equidade e transparência; adote práticas regulatórias voltadas para a produção de cuidados; estruture-se com base em linhas de cuidado; reconheça o papel regulador de cada serviço na RAS; esteja integrado com as respectivas centrais de regulação; e priorize critérios clínicos que avaliem riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2023).

SUFICIÊNCIA DA REDE

Essa categoria tem como foco a adequação da rede ao cuidado das pessoas com HAS e, de maneira mais abrangente, sua capacidade de atendimento às necessidades da região.

As percepções dos profissionais envolvidos na assistência, direcionam que a RAS da região apresenta oportunidades de melhoria em diversos aspectos. Estes incluem o aprimoramento do atendimento multiprofissional, otimização do processo de referência, garantia de contrarreferência efetiva, adequação do número de profissionais especializados para atendimento da demanda e fixação dos mesmos, reforço na relação médico-paciente e a garantia de um tempo oportuno de atendimento. No entanto, também foi reconhecido que houve avanços ao longo do tempo, principalmente concernente à implantação da PRS.

[...] que quero dizer precisa de uma rede multiprofissionais, precisa de um educador físico, precisa de um nutricionista, então em relação a isso. (E09).

[...] então acredito que de agora em diante os serviços vão sendo melhor ofertados, a oferta vai ser maior, mas ainda assim não estamos com uma rede satisfatória. [...] aquela rede que desejamos que aconteça de forma certinha para termos a referência a contrarreferência, o tempo oportuno de agendamentos e de retornos, mas está muito melhor do que há muitos anos atrás (E16).

[...] então o número de profissionais que a policlínica disponibiliza é insuficiente para esse atendimento ser oportuno. [...] não, infelizmente eu acredito que não ocorre em tempo oportuno pela grande demanda, porque ela atende não só jacobina, ela atende toda a região (E19).

[...] um profissional tá aqui hoje, três meses já sai e vem outro então nunca segue uma linha, a relação médico paciente fica muito fragilizada (E11).

[...] tem pacientes muito mais graves que demoram muito tempo para chegar aqui pra ser avaliado e assim terem um bom prognóstico (E20).

Os serviços de APS por si só não são capazes de suprir todas as demandas de cuidados em saúde da população. Portanto, é fundamental que esses serviços recebam apoio e complementação por meio de pontos de atenção que ofereçam diferentes níveis de complexidade tecnológica, permitindo a realização de ações especializadas, tanto em ambulatorios quanto em ambiente hospitalar, no momento e local apropriados (BRASIL, 2019).

A incapacidade da sede da região de saúde em responder, adequadamente, as necessidades de saúde, com destaque para a urgência e emergência foi um outro condicionante revelado na análise. *[...] ainda é falho o serviço de urgência e emergência da nossa região, a gente vive um período crítico aqui (E09).*

Pontuaram ainda, a priorização da atenção secundária em detrimento da APS, impactando negativamente em seu desempenho, e seu papel da RAS.

[...] não, porque falha no básico, eu sempre bato isso, as vezes as pessoas ficam focando tanto na atenção secundária no especialista e esquecem de fortalecer a atenção básica. Então não são suficientes não (E02).

A não priorização da PNAB, insuficiência de financiamento, obstáculos no acesso, escassez de profissionais qualificados, processo de trabalho médico-centrado voltado a condições agudas ou agudizadas e cultura que privilegia o hospital como serviço fundamental, são apontados como fatores que favorecem a desvalorização da APS.

No que diz respeito a capacidade da RAS de responder as demandas das pessoas com HAS, os extratos das entrevistas sinalizam para diversos desafios, que incluem a existência de uma grande demanda reprimida por exames de ecocardiografia, a escassez de cardiologistas na região, baixa alocação de vagas para atendimento, o aumento das necessidades dos pacientes

hipertensos após a pandemia, a falta de acompanhamento por profissionais de educação física, a falta de medicamentos e longos tempos de espera para consultas com cardiologistas.

[...] Ainda existe demanda reprimida muito grande, né? que eu creio que com o tempo, a curto, médio e longo prazo nós vamos sanar essa demanda de ecocardiografia. (E11).

[...] A cota para Jacobina que é um município muito grande é pequena, [...] principalmente pós pandemia aumentou muito o número de pacientes com complicação de hipertensão e complicação porque fizeram acidente vascular cerebral, porque infartaram, porque tem outras doenças coronarianas, insuficiência cardíaca por chagas, que ainda tem muito principalmente na zona rural. As vezes eu demoro três meses para conseguir uma avaliação com cardiologista quando poderia ser em menos tempo (E02).

[...] a gente tem um SUS que precisa ser muito, muito, muito melhorado tanto no cuidado com hipertensão como doenças que são geradas pela hipertensão [...] mas tem como a gente fortalecer ainda mais essa questão do cuidado principalmente ofertando muito mais vagas para os pacientes hipertensos (E20).

[...] eu acho que sempre precisa melhorar alguma coisa porque a questão da hipertensão ela não vem só com aquele cuidado medicamentoso, eu acho falho porque principalmente a parte de educador físico a gente sabe que a atividade física é essencial pra quem é hipertenso como forma de prevenção e controle da hipertensão [...] tem períodos que falta medicamento, que é um problema grave aqui em Jacobina (E09).

E, como estratégia de superar tais obstáculos, a rede privada é uma alternativa para muitos usuários do SUS que não conseguem acessar AAE,

[...] as vezes eu consigo com três, seis meses, quando eles desistem e vão pro particular! (E02).

[...] Então, tem pacientes que são acompanhados na rede privada no cardiologista e na atenção básica. No geral, ainda é insuficiente [...] as vezes é necessário que ele busque a rede privada para a partir daí o médico da rede privada fazer o acompanhamento ou fazer a mudança da medicação (E19).

Estudo realizado por Galvão et al. (2019), traz a constatação de que muitas pessoas buscam o setor privado devido a dificuldades de acesso à rede pública de saúde, em decorrência da falta de disponibilidade ou de longos prazos de espera para agendamento.

A análise sobre o acesso também pode ser enriquecida considerando os relatos que trazem a busca dos serviços de saúde privados como uma alternativa complementar. Isso ocorre quando o paciente reconhece que sua condição é urgente e, não pode aguardar muito tempo por atendimentos, para suprir suas necessidades (PALÁCIO *et al.*, 2012). A dificuldade para agendamento e realização de consultas especializadas e exames foi mencionada por profissionais e usuários como uma dificuldade que levava esses últimos a recorrerem ao serviço privado (SANTA *et al.*, 2016).

A fala de um profissional da PRS, demonstra que a centralização de serviços de maior complexidade na região, tem o potencial de promover economia de escala, reduzindo custos a médio e longo prazo, melhorando o acesso, através da ampliação de oferta.

[...] por exemplo, melhorou muito a exemplo do atendimento de cardiologia, porque tudo era Salvador, a atenção. O município não dispunha de especialistas suficientes para a demanda, né? Nem em número, nem em quantidade e tipos de especialidades, né? (E11).

A organização da rede de atenção à saúde é fundamentada em três princípios fundamentais: economia de escala, qualidade e acessibilidade. Portanto, concentrar os serviços em um local específico possibilita a redução de custos e a maximização dos resultados, especialmente quando os recursos tecnológicos ou profissionais necessários para esses serviços tornam impraticável sua implementação em cada município individualmente (BRASIL, 2019).

A correta determinação da abrangência das áreas geográficas desempenha um papel vital na concepção das estratégias de organização da RAS. Isso deve ser feito conforme acordos entre o governo estadual e municipal durante o processo de regionalização, levando em consideração também os critérios de escala e acessibilidade (BRASIL, 2019).

Os entrevistados enfatizaram a importância de fortalecimento da linha de cuidado para pessoas com DCNT e da APS, uma vez que isso tem um impacto significativo na qualidade do cuidado oferecido e no prognóstico dos pacientes.

[...] porque já no final da linha do cuidado de hipertensão aquele que foi maltratado na hipertensão ele infarta [...] então eu vejo que ainda é muito carente, eu acho que o seu estudo vai ajudar muito nisso para trazer essas políticas públicas para melhorar esse tratamento de hipertensão que é a doença que mais mata no mundo, que gera o infarto agudo do miocárdio (E20).

[...] então acaba que isso fragiliza a atenção e as vezes entre um médico e outro fica dois, três meses sem médico o posto, então acaba que sobrecarrega muitas vezes e os pacientes ficam descompensados por falta de uma atenção básica bem estruturada (E11).

A responsabilidade na organização e coordenação do cuidado que recai sobre a APS implica fundamentalmente na definição da linha de cuidado para indivíduos com HAS. Isso compreende a mobilização de recursos humanos e materiais, compartilhamento de responsabilidades, desenvolvimento de protocolos e fluxos de atendimento, implementação de programas de capacitação, gestão da prática clínica e outras medidas que têm um impacto substancial na monitorização da condição, na qualidade de vida desses pacientes e no fortalecimento da RAS.

[...] com protocolos, muito dificilmente o paciente hipertenso vai vir na policlínica descompensado, são casos excepcionais, no máximo vem pra fazer um exame, uma

consulta de rotina mas quando você tem uma atenção básica forte e o paciente realmente acompanhado, dificilmente acontece (E11).

Para que as Linhas de Cuidado alcancem eficácia, é crucial levar em conta diversos aspectos, tais como garantir a disponibilidade de recursos humanos e materiais essenciais para sua implementação, fomentar a integração e a corresponsabilidade entre as unidades de saúde, promover a colaboração entre as equipes, investir em educação contínua, supervisionar o cumprimento dos compromissos estabelecidos e acompanhar os resultados obtidos (BRASIL, 2019).

O plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT (2021-2030) tem como uma das suas finalidades estimular o aprimoramento e expansão da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com foco especial em equipes multiprofissionais. Isso será alcançado por meio da elaboração, implantação e implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos destinados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a hipertensão arterial.

Contudo, o estudo revelou a alta rotatividade de profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), comprometendo a continuidade do cuidado e o estabelecimento de vínculos com a comunidade.

[...] o que a gente vê muito na atenção básica, o que a gente ouve muito, eu também trabalho na atenção básica, a troca de profissionais continua [...] um dos preceitos básicos é a continuidade, a questão do vínculo com a comunidade e infelizmente hoje em dia talvez por que não se tem um plano de carreira na atenção básica (E11).

A insuficiência e rotatividade de médicos é trazida como problema frequente, principalmente em municípios mais distantes da sede da região de saúde, comprometendo a estruturação da rede, pois uma APS desestruturada sobrecarrega outros serviços e reflete no acesso por vias não adequadas (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No que diz respeito aos serviços de APS, a elevada rotatividade prejudica a continuidade do cuidado ao longo do tempo, além de demandar investimentos adicionais de recursos públicos na contratação, capacitação e preparação de novos profissionais (VAZ *et al.*, 2018 *apud* KINALSKI *et al.*, 2021).

As entrevistas realizadas deixaram claro que a rede que abrange os municípios da região estudada precisa melhorar tanto qualitativa quanto quantitativamente no que diz respeito ao atendimento das necessidades de saúde da população. Essa capacidade de atendimento deve ser

ampla e compreender todos os níveis de cuidados, incluindo a valorização e fortalecimento da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados apontam que a RAS referência para os municípios da região em estudo, requer aprimoramentos tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, cuja fragilidades interferem na integração para APS com AAE.

A incorporação da PRS a rede locorregional de saúde é percebida como um avanço importante no acesso AAE, contribuindo para redução dos vazios assistenciais e iniquidades entre as diversas regiões de saúde do Estado. Por outro lado, problemas relacionados a acesso em tempo oportuno e longas filas de espera, demonstram a premência de qualificação dos mecanismos de regulação de acesso, valorização e fortalecimento da APS.

Rotatividade profissional e baixa qualificação dos profissionais da APS foram outros condicionantes revelados no estudo que impactam negativamente na coordenação e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção e a integralidade da assistência aos portadores de HAS.

Identificou-se a existência de fluxos e protocolos institucionais que orientam o percurso dos usuários da APS a PRS, todavia, o desconhecimento por alguns profissionais de saúde da APS e a ausência de monitoramento do processo de referenciamento comprometem a trajetória, e acabam gerando barreiras de acesso; com destaque para o município localizado distante do município sede da região, onde encontra-se a PRS.

A organização de uma rede de saúde abrangente e eficaz, precisa ser estruturada a partir da APS, compreendendo esse nível de atenção como coordenadora e orientadora da RAS. A governança clínica, mediada por protocolos assistenciais e de regulação de acesso, estratificação de risco clínico, matriciamento e monitoramento do tempo de espera é essencial para a superação da fragmentação e de intervenções pontuais. O plano de ações estratégicas para enfrentamento às DCNT no Brasil (2021-2030) conforma-se como documento técnico valioso à contribuir para essa problemática.

Como limites do estudo, aponta-se a metodologia do estudo de caso que não permite a generalização dos achados. Sugere-se que outros estudos sejam realizados a fim de responder a questões não explorados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALLER, Marta Beatriz. *et al.* Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. **Gac Sanit.** 2019;33(1):66–73. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/gs/2019.v33n1/66-73/#>. Acesso em: dez. 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-298, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>. Acesso em: 13 mar. 2014.
- ALMEIDA, P. F. DE .; SANTOS, A. M. DOS .. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks?. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 80, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ThGbJp54VGJ85zXNBXMfxQQ/?lang=en>. Acesso em: mai. 2022.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 373-398, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LKMn9GpJ637xbnqPVHSsmbJ/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, set. 2013. Disponível em: . Acesso em: 28 ago 2023.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Protocolo de intenções – Consórcio Região de Saúde de Jacobina**. Salvador-BA, 2017. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=protocolo_intencoes&COD_IBGE=291750. Acesso em 20 de set. 2021.
- BAHIA. Planejamento Regional Integrado: Macrorregião de Saúde Centro Norte – Estado de Saúde da População. Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GT-PRI). Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). **Observatório Baiano de Regionalização**. Jun. 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PRI-AnaliseSituacao/MS-CentroNorte-ESP.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.
- BATISTA, Sandro Rodrigues; VILARINS, Geisa Cristina Modesto; LIMA, Mirlene Guedes de; SILVEIRA, Talita Braga. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6):2043-2052, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMKHxqM4Vkw5rTZBXvDdnzS/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604 de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>. Acesso em: 20 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **PlanificaSUS: Workshop 1 – A integração entre a Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, Hospital Albert Einstein, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201908/16114710-guia-workshop-1.pdf>. Acesso em: abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Acesso em: 09 set. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. p. 77-101. 2006. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CEBES. Atenção Básica: construindo a base da integralidade. **Revista Divulgação em Saúde Para Debate**. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Rio de Janeiro, n.51. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 28 ago 2023.

CHAVES, Lenir Aparecida; JORGE, Alzira de Oliveira; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; REIS, Ilka Afonso; SANTOS, Marcos Antônio da Cunha; SANTOS, Alaenir de Fátima;

MACHADO, Antônio Tomaz Gonzaga da Matta; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xXFxFP9sbczYQpSf6CgBRDr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

COSTA, S. M. *et al.* Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 287-293. jul./set.2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15213/8028>. Acesso em: 28 ago 2023.

EVANGELISTA, Maria José de Oliveira *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KrXMY6P7LTtkwckj7xMMGXm/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SEIDL, Helena; GAGNO, Juliana. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate** . Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

FERREIRA, Iago Gonçalves *et al.* Tele dermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996069>. Acesso em: dez 2021.

GALVÃO, José Ribas; ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; BOUSQUAT, Aylene. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. 4119, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/?lang=pt#>. Acesso em: abr 2021.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KINALSKI, Daniela Dal Forno *et al.* Linha de cuidado para crianças e adolescentes vivendo com HIV: pesquisa participante com profissionais e gestores. **Escola Anna Nery** v. 25, n.2, 2)2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JrZB768xWN45KGsvxjRPB5x/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2023.

KLAMT, Luciana Maria; SANTOS, Vanderley Severiano. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13786>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MELO, D. F.; CRISCUOLO, M. B. R. C.; VIEGAS, S. M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG: o suporte às decisões da atenção primária. **Rev. Fund Care Online**, v. 8, n. 4, p. 4986-4995, out./dez. 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402/pdf_1 Acesso em: 28 ago 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. ; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_a_tencao_saude.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

PALÁCIO, Marília Belfiore *et al.* O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. Psico, Porto Alegre, **PUCRS**, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-4473>. Acesso em: 06 ago. 2023.

PEREIRA, C. M. D.; MOTA, P. H. DOS S.; BOUSQUAT, A. Cuidado fragmentado: resposta da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220547, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8fRdFP5kq8qShqZkr3KmVZM/#>. Acesso em: 15 out. 2023.

SANTA, Tânia Cristina Morais. *et al.* Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária?. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(Supl): 138-147, dez., 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833275>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, Jun, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Abr. 2021.

STARFIELD, B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO/Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

ESTUDO II**INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): COM A PALAVRA, OS GESTORES.**

RESUMO; O objetivo do estudo pautou-se em analisar e descrever a integração entre a APS e a AAE no cuidado a pessoas com HAS no território de identidade Piemonte da Diamantina. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com gestores atuantes na APS de um município polo e distante, bem como da Policlínica Regional de Saúde (PRS). As entrevistas foram processadas no software Iramuteq. Foram analisados dados primários e secundários a partir da perspectiva do ciclo da política pública, referencial de Redes de Atenção à Saúde, teoria do federalismo e análise temática do discurso. Foi destacado a importância da integração entre a APS e a AAE para melhoria da continuidade do cuidado na RAS. A falta de integração ou sua fragmentação tem impactos negativos no acesso e na qualidade da assistência dos serviços analisados. Foram mencionados desafios na adequação de profissionais especializados e na eficiência da cidade polo em oferecer serviços de saúde regionais. Há uma priorização da atenção secundária em detrimento da APS, enfraquecendo esta última. A APS desempenha um papel fundamental na prevenção e redução de custos em saúde, mas sua ineficácia sobrecarrega a atenção secundária. Questões políticas e o financiamento inadequado são obstáculos adicionais na perspectiva dos gestores. O Conselho de Saúde Municipal foi visto com um papel importante na fiscalização dos recursos. A governança regional precisa ser fortalecida, com padronização de processos e políticas que considerem a integração assistencial. O financiamento da saúde ainda é um gargalo no SUS, havendo preocupações quanto sua aplicação. A integração assistencial é discutida principalmente em contexto gerencial, e há necessidade de envolvimento dos profissionais de saúde. Em suma, é essencial melhorar a governança da RAS do território estudado, padronizando processos, estabelecendo metas claras e políticas de saúde que promovam a integração assistencial. Isso é fundamental para melhorar a qualidade da assistência, reduzir as disparidades e iniquidades na região.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Integração; Atenção Ambulatorial Especializada; Gestão.

ABSTRACT: The objective of the study was to analyze and describe the integration between PHC and AAE in the care of people with SAH in the Piemonte da Diamantina identity territory. This is a qualitative, exploratory and descriptive study, of the case study type, carried out with managers working in PHC in a central and distant municipality, as well as in the Regional Health Polyclinic (PRS). The interviews were processed using the Iramuteq software. Primary and secondary data were analyzed from the perspective of the public policy cycle, Health Care Networks framework, federalism theory and thematic discourse analysis. The importance of integration between PHC and AAE was highlighted to improve continuity of care in the RAS. The lack of integration or its fragmentation has negative impacts on access and quality of care in the services analyzed. Challenges were mentioned in the adequacy of specialized professionals and in the hub city's efficiency in offering regional health services. There is a prioritization of secondary care to the detriment of PHC, weakening the latter. PHC plays a fundamental role in preventing and reducing healthcare costs, but its ineffectiveness burdens secondary care. Political issues and inadequate financing are additional obstacles from the

managers' perspective. The Municipal Health Council plays an important role in monitoring resources. Regional governance needs to be strengthened, with standardization of processes and policies that consider care integration. Health financing is still a bottleneck in the SUS, and there are concerns about its application. Care integration is discussed mainly in a management context, and there is a need for the involvement of health professionals. In short, it is essential to improve the governance of the RAS in the studied territory, standardizing processes, establishing clear goals and health policies that promote care integration. This is essential to improve the quality of care and reduce disparities in the region.

Keywords: Primary Health Care; Integration; Specialized Outpatient Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Starfield (2002), é o primeiro nível de assistência integrado ao sistema de saúde. Ela se caracteriza por proporcionar cuidados contínuos e abrangentes, com ênfase em estratégias que envolvem menos tecnologias avançadas, como estabelecimento de laços interpessoais, promoção da autonomia e acolhimento, conceituadas por Merhy (1997) como tecnologias de natureza leve. Esses serviços estão disponíveis para os pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais idealmente devem ser localizadas nas proximidades das comunidades onde as pessoas residem (BRASIL, 2020).

Reconhecida como a porta preferencial de acesso da população ao SUS, a APS conforma-se como centro de comunicação da RAS, guiada pelos princípios fundamentais da universalidade, acessibilidade, cuidado contínuo, atenção abrangente, responsabilização, humanização e equidade (BRASIL, 2020).

Gonsalves e Schraiber (2021) em uma revisão bibliográfica sinalizam que a atuação desarticulada e fragmentada entre os serviços se conforma como um dos principais obstáculos a construção de redes de atenção. Complementam destacando que ponto de atenção parece ainda se conceber independente dos demais e com total autonomia na atenção a ser provida.

Reconhece-se os notáveis progressos alcançados na APS graças à adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção preferencial para sua organização. Contudo, permanece o desafio da integração da APS com outros pontos de atenção. Estudo de Castro *et al.* (2021) enfatiza a necessidade de reavaliar essa integração, com o objetivo de assegurar o acesso a um cuidado coordenado, completo e contínuo, voltado para as necessidades dos usuários e suas famílias.

A integração da APS com outros níveis de assistência depende da forma como a saúde e a doença da população são definidas, das demandas por consultas com especialistas médicos, da necessidade de serviços prestados por outros profissionais de saúde, bem como dos

procedimentos diagnósticos e terapêuticos visando alcançar resultados favoráveis em saúde (OPAS, 2011).

Assegurar a prestação abrangente de cuidados de saúde envolve, de igual forma, a configuração e estabelecimento de sistemas regionais de assistência à saúde, centrados em uma região de saúde. Nesse modelo de estrutura institucional, é crucial desenvolver mecanismos sólidos de negociação e acordos entre estado e municípios, bem como promover a integração tanto dentro dos municípios como entre eles. Isso possibilita a coordenação dos serviços de saúde em rede e, assim, permite que o usuário tenha acesso a um atendimento de alta qualidade ao longo de seu percurso de cuidados de saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

O presente estudo é motivado por um aspecto relevante, a escassez de produção acadêmica abordando a temática no contexto brasileiro. O estado da arte realizado ⁴ empregou uma seleção de quinze artigos abrangendo o período de 2012 a 2021, ressaltando uma concentração significativa de publicações no ano de 2019.

Em síntese, os resultados principais revelam que a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda ocorre de maneira incipiente, resultando em um modelo de cuidado fragmentado no sistema de saúde. Os achados destacam a APS no papel de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e apontam desafios relacionados à garantia do acesso aos serviços especializados. ^{Artigos: 1,5,8.}

A identificação de deficiências na coordenação do cuidado, desorganização dos fluxos, fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, tempo insuficiente para a utilização desses mecanismos, atitudes relativas à coordenação, encaminhamentos inadequados, comunicação interprofissional insuficiente e uma competição predatória entre médicos evidenciam a necessidade urgente de fortalecer os processos de integração entre os diferentes níveis assistenciais. ^{Artigos: 4,5,10,11,14 e 15. 4}

A seleção do traçador HAS baseou-se no fato de que esta se configura como uma condição crônica de significativa magnitude, demandando cuidado contínuo e integrado. O objetivo é mitigar os riscos, sintomas de agudização, complicações e a mortalidade precoce associada a eventos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral

⁴ Busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção que reúne diversas bases de dados produzidos no Brasil, América Latina e Caribe, ao combinar os descritores APS, Integração e AAE e operador booleano AND, chegou-se a 56 documentos. Ao submeter tal resultado aos critérios de inclusão (artigo científico, acesso a texto completo, ano de publicação: 2012-2021, idioma português e inglês) identificou-se 37 artigos, que após a leitura do título e do resumo, extração de duplicatas, selecionou-se 15 manuscritos. Ao adotar na busca a estratégia de combinar os três descritores o resultado foi a indicação de apenas 06 documentos, que após a submissão aos critérios de elegibilidade restaram 05 artigos. Ressalta-se que foi verificado a existência de artigos comuns nos resultados das duas estratégias de busca. **Ver Apêndice 1 – Quadro 13.**

(AVC) e outros. Além disso, a escolha justifica-se pelo fato de ser uma das principais causas de morbimortalidade na região sob análise.

Conforme informações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), 77% das pessoas que sofrem seu primeiro episódio de AVC possuem HAS, um fator que aumenta o risco de AVC entre 4 e 6 vezes. Além disso, a HAS contribui, de maneira direta ou indireta, para 50% das mortes relacionadas a doenças cardiovasculares, sendo que 69% das pessoas que sofrem seu primeiro IAM também têm HAS, além de constituir-se como a segunda principal causa de doença renal crônica (SBC, 2016 *apud* BAHIA, 2021).

O Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem como finalidade impulsionar a elaboração e execução de políticas públicas eficazes, integradas, sustentáveis e fundamentadas em evidências. Seu propósito é direcionado à prevenção e ao controle das DCNT e seus fatores de risco, ao mesmo tempo em que oferece respaldo aos serviços de saúde voltados para o tratamento de doenças crônicas (BRASIL, 2021).

Nesse sentido, esse estudo tem como finalidades analisar, partindo da perspectiva dos gestores, como ocorre a integração da APS e AAE no cuidado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em um território identidade da macrorregião Centro-Norte da Bahia, identificando facilidades e dificuldades.

MÉTODOS

Estudo de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com profissionais da APS de um município polo e distante de uma Região de Saúde da Bahia, bem como profissionais da Policlínica Regional de Saúde (PRS).

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia, com o parecer ético de número 5991438, e foi conduzida em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016. Todos os participantes envolvidos no estudo consentiram voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizadas fontes de dados primários (entrevista semiestruturada) e secundários (protocolos assistenciais, fluxos de atendimento, fichas de referência e contrarreferência, atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o manual de acesso da Policlínica).

A região de saúde, local da pesquisa é formada por 19, dos quais 18 integram o Consórcio Interferativo de Saúde, instituição responsável gestão da PRS. Elegeu-se deste universo, 02 municípios, sendo um escolhido por se a cidade onde a PRS está situada, e outro

pelo porte populacional (pequeno) e a distância (maior). A duração média das entrevistas foi de 25,16 min.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram gestores municipais, coordenadores da APS no âmbito municipal, gestores regionais e membros da equipe diretiva da PRS, totalizando oito (08) entrevistados. A média de idade é de 47 anos com distribuição equitativa entre homens e mulheres; 75% possuem pós-graduação. O tempo médio de atuação no cargo é de 2,9 anos, porém com grande variação (02 meses a 06 anos). (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Sexo	Idade	Formação	Cargo / local de trabalho	Instituição	Tempo na função	abrangência
Masculino	35	Farmácia	Diretor da regulação	SMS	1 ano e 9 meses	Municipal
Feminino	55	Enfermagem e História com pós-graduação em emergência e enfermagem obstétrica	Coordenadora da atenção básica	SMS	6 anos	Municipal
Feminino	34	Serviço social	Coordenadora da regulação	SMS	3 anos	Municipal
Masculino	62	Administração e Enfermagem com pós-graduação em Auditoria em sistemas de saúde, Enfermagem do trabalho, Gestão em serviços de saúde e Administração hospitalar;	Diretor geral PRS	PRS	4 anos	Regional
Masculino	35	Fisioterapia e Odontologia com Pós-graduação em Saúde coletiva	Ex-diretor de atenção à saúde	SMS	9 meses	Municipal
Feminino	39	Letras e Pedagogia com Especialização em Metodologia do ensino da língua portuguesa e literatura Mestrado em Educação E cursando Direito	Diretora de atenção à saúde	SMS	2 semanas	Municipal
Feminino	60	Farmácia bioquímica e Ciências biológicas	Coordenadora do NRS	NRS	3 anos	Macrorregional
Masculino	45	Enfermagem com	Apoiador institucional /	SMS	2 anos	Municipal

		Pós-graduação em urgência e emergência	atenção primária			
--	--	--	------------------	--	--	--

Fonte: Elaboração do autor (2023).

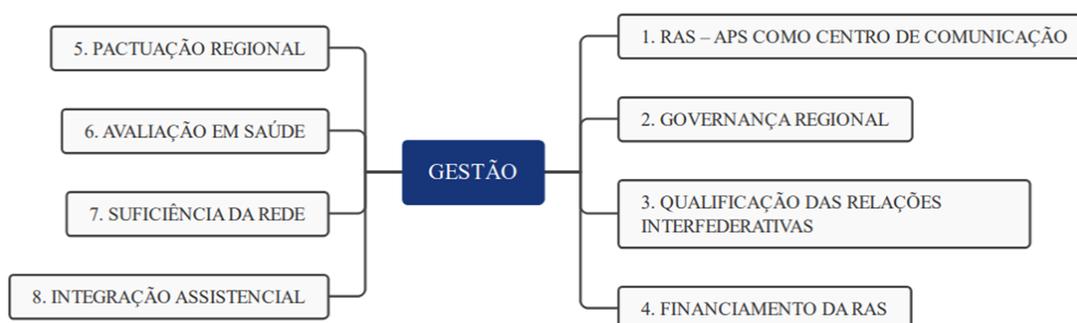
Quanto as entrevistas, dado a disponibilidade do entrevistado e pesquisador, algumas foram realizadas *on line*, através da Plataforma Microsoft Teams e outras presenciais, cuja gravação foi feita pelo gravador de áudio disponível no celular. Ambos os formatos foram salvos em HD externo, visando sigilo e confiabilidade das mesmas.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição, seguida de uma análise minuciosa das informações por meio de leitura e releitura. Subseqüentemente, procedeu-se à exclusão dos arquivos armazenados. O processamento de dados foi utilizando o Iramuteq, que é um *software* de análise textual que opera em conjunto com o programa estatístico R, capacitando a geração de informações a partir de textos (corpora textuais) e tabelas. As conclusões dessas análises ilustram a localização e organização das palavras em um texto, bem como conexões e outros atributos textuais. Tais elementos possibilitam a identificação de indicadores e, conseqüentemente, a representação visual instintiva da estrutura e contextos do texto sob análise (KLAMT; SANTOS, 2021).

Segundo Salviati (2017) *apud* Klamt e Santos (2021) o Iramuteq realiza análises textuais dos tipos: Estatísticas textuais, Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de Similitude; Nuvem de Palavras; Análise de Especificidades; e Análise fatorial de correspondência.

Os dados foram categorizados em um agrupamento denominado "gestão". O corpus textual foi construído mediante a identificação sistemática de características relevantes em todo o conjunto de dados do agrupamento. Considerando o questionário aplicado, o Corpus foi subdividido ao nomear temas que agruparam extratos de falas dos entrevistados, formando assim o primeiro mapa temático, conforme figura 1.

Figura 1. Mapa temático 1 - Segmento Gestão



Fonte: Elaboração do autor (2023).

As conclusões dessas análises ilustram a localização e organização das palavras em um texto, bem como conexões e outros atributos textuais. Tais elementos possibilitam a identificação de indicadores e, conseqüentemente, a representação visual instintiva da estrutura e contextos do texto sob análise (KLAMT; SANTOS, 2021).

Os trechos relacionados com base nas perguntas que geraram os temas, foram organizados com linhas de comando específicas.

Posteriormente, foram removidos dos corpus os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), porcentagem (%) e reticências (...). Logo após, os arquivos foram salvos como documentos de texto, utilizando a codificação de caracteres no formato (Unicode) UTF-8. Após realização da preparação textual, os conjuntos de dados de cada agrupamento intitulados com respectivos temas foram carregados no software Iramuteq. Para a análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Reinert que possibilitou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), utilizando o corpus referentes a cada tema gerado de cada agrupamento.

A CHD possibilitou o surgimento de um dendograma com classes de palavras que representaram o agrupamento de diferentes aspectos relacionados ao tema, bem como conexões entre si. Essas, apontaram palavras representadas por porcentagens associadas à variável P, representando assim importância de significado dentro do que foi respondido pelos entrevistados.

As palavras de maior importância e sentido presentes nas classes foram as que tiveram P igual a <0.0001 ou maior que essa numeração decimal. Dessa forma, foram selecionadas palavras por nível de importância, que levavam a extratos de fala a serem selecionados e assim agrupados dentro de cada subtema traçado anteriormente. As palavras que levavam a extratos de fala sem importância e/ou com a sigla NS (Não significativo) associada ao P, foram desconsideradas, bem como aquelas associadas a extratos sem ligação ao subtema em questão.

Para cada corpus gerado, foi apontado o aproveitamento a partir dos segmentos de texto analisados, demonstrado através de porcentagens. Sendo assim, seguem abaixo tabelas com aproveitamento do corpus por agrupamento analisado:

Quadro 2. Porcentagem de aproveitamento do corpus textual.

AGRUPAMENTO GESTÃO	
CORPUS	APROVEITAMENTO
1	77,57 %
2	78,69 %
3	78,0 %
4	91,89 %
5	80,65 %

6	100 %
7	75,57 %
8	89,16 %

Fonte: elaboração do autor (2023).

A partir da utilização do software e através do plano de análise foram geradas classes específicas para cada corpus analisado, com percentuais de aproveitamento visualizados nos quadros 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

Quadro 3 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 1 – RAS – APS como centro de comunicação.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 3 32%	Serviço	100	0,00146
	Clínico	100	0,00711
C 1 24%	Equipe	100	<0,0001
C 2 44%	Básica	90,91	<0,0001
	Atenção	71,43	0,00182
	Entrada	85,71	0,00878
	Problemas	100	0,01382

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 2 – Governança Regional.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C2 20,83%	Estado	66,67	0,00312
	Núcleo	75	0,00533
C3 14,60%	Municípios	100	< 0,0001
	Consorticiados	100	< 0,0001
	Pactuação	62,5	< 0,0001
	Serviços	66,67	0,00011
	Policlínica	66,67	0,00829
	Complexidade	66,67	0,00829
	C5 20,83%	Secretário	54,55
	Conselho	75	0,00533
C1 14,58%	Comissão Intergestores Regional	53,85	< 0,0001
	Reunião	60	< 0,0001
	Secretário	30	0,01053
	Pauta	42,86	0,02183
	Participar	50	0,03606
C4 12,50%	Assim	50	0,00044
	Eles	50	0,00044
C6 16,60%	Técnico	100	< 0,0001
	Necessidade	80	< 0,0001

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 5 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 3 – Qualificação das relações interfederativas.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 1 27,80%	Serviços	100	0,00062
	Conselho Consultivo	80	0,00496
	Municípios	62,5	0,01192
C 3 38,89%	Indicadores	100	0,00076
	Estado	75	0,01751
C 2 33,33%	Muito	87,5	0,00022
	Conferência	83,33	0,00442
	Entrave	100	0,01051

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 6. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 4 – Financiamento da RAS.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C 6 14,71%	Básica	100	< 0,0001
	Atenção	100	< 0,0001
C 1 - 14,71%	Aplicação	66,67	0,00778
C 2 - 14,71%	Não	25	0,04279
C 5 14,70%	Necessidade	100	< 0,0001
	Recurso	31,25	0,01022
C 3 20,60%	Com	80	0,00037
C 4 - 20,6%	União	100	< 0,0001
	Estado	71,43	0,00018
	Município	50	0,00173

Fonte: elaboração do adutor (2023).

Quadro 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 5 – Pactuação regional.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C5 22%	Aplicação	100	<0,0001
	Recurso	100	0,00076
C1 16%	Município	85,71	<0,0001
	Serviços	66,67	0,0003
C2 24%	Primária	100	<0,0001
	Secundária	100	<0,0001
C3 16%	Secretário	100	<0,0001
	Reunião	66,67	0,01354

	Papel		
C4	Porquê	71,43	0,00066
22%	Problema	66,67	0,00486

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 8 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 6 – Avaliação em saúde.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C5 13,89%	Municípios	57,14	0,00022
	Monitoramento	66,67	0,00576
	Matriciamento	66,67	0,00576
C6 11,11%	Trimestre	75	<0,0001
	Acesso	66,67	0,00138
	Dados	50	0,00866
C1 - 11,11%	Avaliação	75	<0,0001
C2 - 11,11%	Comissão	66,67	<0,0001
C7 - 13,89%	Como	50	0,0001
C8 13,89%	Doença	60	0,00131
	Indicadores de saúde	66,67	0,005776
C3 - 11,11%	Mas	57,14	<0,0001
C4 - 13,89%	Região	66,67	0,00576
	Execução	66,67	0,00576

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 9 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 7 – Suficiência da rede.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C4 32,50%	Serviço	100	0,00057
	Terciária	83,33	0,00393
	Usuários	100	0,00944
C1 22,50%	Mas	70	<0,0001
	Tenho	80	0,00099
C2 20%	Porque	66,67	<0,0001
	Atendimento	71,43	0,00018
C3 25%	Muito	100	<0,0001
	Apesar	100	0,00026

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 10. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 8 – Integração assistencial.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C4	Exemplo	100	<0,0001

14,86	Policlínica	38,1	0,0004
C5	Sim	75	<0,0001
10,81	Com	37,5	0,0001
C2	Municípios	75	<0,0001
12,16	Princípios	66,67	0,00319
C3	Serviços	42,86	<0,0001
12,16	Consórcio	50	0,00309
	Cotas	66,67	0,00319
	Estado	66,67	0,00319
	Atendimento	66,67	0,00319
	Policlínica	27,27	0,00968
C8	Médico	83,33	<0,0001
10,81	Atenção	37,5	0,0001
C6	Importância	100	<0,0001
16,22	Rede	75	0,00104
	Integrado	57,14	0,00201
C7	Primária	75	<0,0001
12,16	Fala	80	<0,0001
	SUS	57,14	0,00012
C1	Pacientes	100	<0,0001
10,81	Exames	100	<0,0001
	Precisamos	57,14	<0,0001

Fonte: elaboração do autor (2023).

Depois de escolher os trechos das falas, conduzimos uma análise temática dedutiva, que também é conhecida como análise teórica (BRAUN, CLARKE, 2006). Nesse processo, os temas que identificamos inicialmente estavam diretamente relacionados às perguntas feitas aos participantes, aos interesses teóricos e epistemológicos do pesquisador, e estavam interligados a um quadro de análise que já havia sido estabelecido com categorias temáticas previamente definidas.

A abordagem epistemológica adotada nesta pesquisa orienta a compreensão dos dados e molda a maneira como interpretamos o significado deles. Isso é evidente em uma perspectiva essencialista/realista, pois ao fazer inferências a partir dos dados, consideramos diretamente as motivações, experiências e significados, conforme Braun e Clarke (2006).

De acordo com as autoras mencionadas anteriormente, a análise temática pode ser conduzida seguindo as etapas delineadas no quadro a seguir:

Quadro 12. Fases da análise temática.

FASES	DESCRIÇÃO DO PROCESSO
7. Familiarizando-se com os dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.

8. Gerando códigos iniciais	Codificar características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, reunindo extratos relevantes para cada código.
9. Procurando por temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
10. Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
11. Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
12. Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

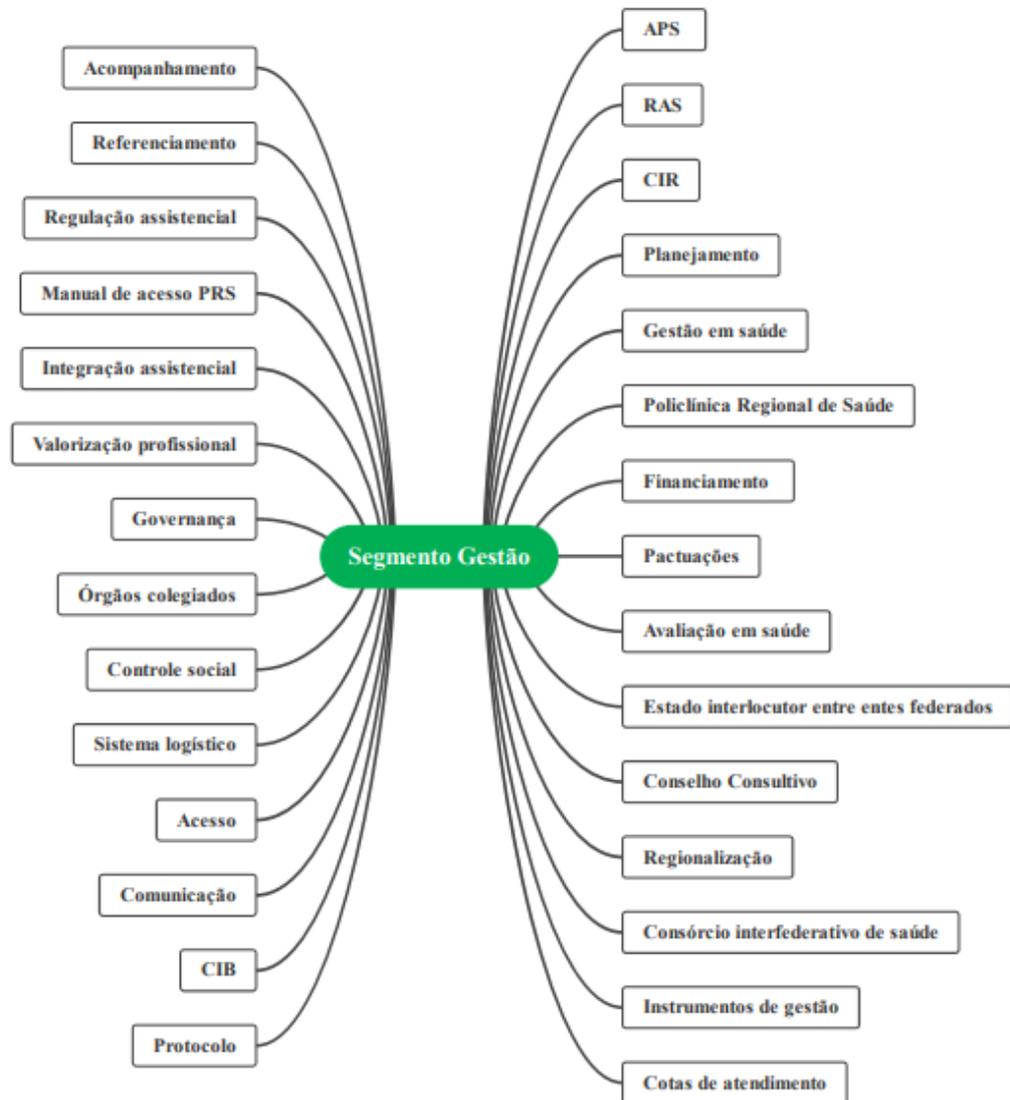
Fonte: (BRAUN, CLARKE, 2006).

Após seleção dos extratos de fala, foi realizada análise temática dedutiva, considerada também como análise teórica (BRAUN, CLARKE, 2006), identificando-se, previamente, os temas que tiveram estreita ligação com às perguntas, interesse teórico e epistemológico do pesquisador, interligados a matriz de análise, conforme categorias temáticas definidas previamente.

A análise temática teórica implica em uma descrição detalhada dos elementos contidos nos dados (BRAUN; CLARKE, 2006). Os temas foram inicialmente identificados através de uma abordagem que se concentra no nível semântico, ou seja, surgiram a partir dos significados óbvios ou superficiais presentes nos dados. O processo analítico envolveu uma progressão da descrição, na qual os dados foram organizados para destacar padrões no nível semântico, seguido pela etapa de interpretação, na qual se buscou teorizar sobre a importância desses padrões identificados, seus significados e implicações mais amplas (PATTON, 1990 *apud* BRAUN, CLARKE, 2006). Os dados foram analisados sob a perspectiva do enfoque de Redes de Atenção à Saúde, do ciclo da política pública e do federalismo que resultaram em plano de análise composto por cinco (05) categorias temáticas, integração assistencial, regulação assistencial, recursos financeiros, articulação interfederativa e processo de tomada de decisão.

Após minuciosa análise do corpus de pesquisa, delineou-se o mapa temático inicial. Posteriormente, mediante o processamento dos dados no Iramuteq, ocorreu a seleção das palavras com maior relevância no interior do corpus, culminando na escolha de extratos de discurso específicos. Estes, por sua vez, foram submetidos a um processo de codificação, desencadeando assim a emergência de novos temas, os quais foram mapeados conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2. Mapa temático 2 – Segmento Gestão.



Fonte: elaboração do autor (2023).

Após a revisão dos temas e a comparação entre o primeiro e o segundo mapa temático, considerando que muitos deles estão relacionados a conceitos mais amplos, chegou-se ao mapa temático final referente ao segmento de gestão (Figura 3).

Figura 3. Mapa temático final – Sistematização dos temas para análise - Segmento Gestão.



Fonte: elaboração própria (2023).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL/COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Essa categoria analisou a integração e coordenação do cuidado tendo como centro a APS. Para o conjunto de gestores entrevistados, a integração entre APS e PRS é percebida como fruto da atuação da regulação municipal, operacionalizada através do diálogo com os reguladores, num cenário complexo que demanda respostas do sistema de saúde.

[...] Há, no caso na central de regulação. Porque a central de regulação aqui, ela vem da atenção primária. Então acaba tendo essa comunicação, as meninas sempre ligam para a assistente social, ligam para o coordenador, eles são muito prestativos nesse sentido mas com a equipe mesmo, não tem. O diálogo é entre a policlínica e as pessoas que ficam na regulação (E5).

[...] eu sei que tem uma integração maior com a regulação (E14).

[...] Então, nós vamos ter os municípios que vão estar regulando, eu não digo integrado, é regulando, porque integrado, para mim seria de forma diferente. Existe o serviço. Integração é uma palavra que é uma palavra linda, usada há muito tempo, mas é que é de uma grande complexidade. Integração é eu trazer integrado uma rede onde dê resposta, na capacidade funcional e operacional (E15).

[...] Existe sim! Existe integração e ultimamente essa integração ela tem ficado muito mais forte, né? E conseguimos sim uma interlocução muito boa, tem melhorado, inclusive, muito assim essa interlocução, porque temos uma assessoria que fala direto com os reguladores (E8).

É amplamente aceito que para a integração ser mais eficaz, é crucial fortalecer a comunicação entre a APS e a AAE, o que, por sua vez, melhora a continuidade do cuidado do usuário na RAS, por sua vez, há reconhecimento da inexistência de comunicação entre os profissionais da APS e PRS:

[...] E aí ainda não aconteceu, mas assim, precisa ainda dessa conversa, desse retorno entre a atenção primária e a policlínica porque as vezes o médico encaminha, ou o enfermeiro, ou o dentista, seja qualquer outro profissional e eles não dão essa resposta, e esse diálogo não existe (E5).

Os gestores reconhecem sua importância e necessidade para o desenvolvimento de uma atenção abrangente à saúde, mesmo que as ações para implementá-la ainda não tenham sido totalmente executadas (ALMEIDA *et al.*, 2013).

A colaboração entre as equipes da APS e da AAE, por meio da divisão de responsabilidades na prestação do cuidado, transforma os serviços em um único microsistema clínico, garantindo atenção contínua e integrada (BRASIL, 2019).

Percebe-se que a ausência de integração entre a APS e AAE, ou integração fragmentada, gera repercussões na assistência em saúde em termos de acesso, continuidade e integração do cuidado, aumentando assim os custos ao sistema de saúde.

SUFICIÊNCIA DA REDE

Essa categoria buscar evidenciar a capacidade de resposta da rede em responder as demandas da população da região, no contexto do cuidado às pessoas com HAS como também mais geral.

Do ponto de vista gestores, fica evidente o impacto da PSR na ampliação do acesso a AAE, pois possibilitou a oferta de serviços de média e alta complexidade no âmbito da região, reduzindo assim, o deslocamento dos usuários para outras localidades. Porém, pontuam que essa oferta pode melhorar.

[...] Está muito bom. Para a região, poderia melhorar, contratar alguns médicos especialistas, eu acho (E07).

[...] Então, a policlínica, ela veio com esse objetivo da desconcentração dos serviços e é uma das maiores e mais lindas obras do governo do estado que é a desconcentração dos serviços, aproximar dessa população que nunca teve acesso a esses serviços, que viviam dentro de um carro chamado de Tratamento Fora do Domicílio (E15).

A disponibilidade de AAE na região, contribui para redução de custos com deslocamento, melhora a efetividade da APS e contribui para o aprimoramento da capacidade de resposta da RAS as demandas da população. Por outro lado, a insuficiência de alguns serviços persistem na região, como o atendimento em urgência e emergência e ausência de serviço hemodinâmica.

[...] Na minha opinião, não atende completamente porque apesar de não termos amplitude dos serviços, temos muitos serviços que poderíamos oferecer para região por Jacobina ser uma cidade pólo, nós ainda não conseguimos oferecer, não por culpa do SUS, mas tem a parte de não ter oferta, a contrapartida seja da clínica particular, seja da própria policlínica, então alguns exames nós ficamos realmente um pouquinho atrás, como cidade polo (E01).

[...] Atende em partes, mas eu acredito que como um todo, não. Principalmente, por exemplo, Umburanas, nós não detemos de um hospital, então assim, precisamos estar encaminhando para Jacobina, que é o mais próximo, que temos essa pactuação e as vezes tem pacientes que não conseguem esse atendimento, então acabam voltando (E06).

[...] Eu acredito que na nossa região nós precisamos melhorar muito nessa rede de assistência para diminuir as complicações cardiovasculares. Eu acredito que nós precisamos melhorar muito, nós não temos serviço de hemodinâmica dentro da região ainda (E17).

A priorização de investimentos na atenção secundária, escassez de recursos e pouco valorização da APS, foram apontados como condicionantes políticos que fragilizam e comprometem a sua atuação dentro da RAS.

[...] Na verdade o que eu ouço sempre é que é a porta de entrada da saúde, é a parte mais significativa, porquê muitas vezes nós focamos muito nos hospitais, mas onde nós precisamos atuar é na atenção básica (E14).

[...] Acho que precisa fortalecer mais atenção primária no sentido dela fazer mesmo o seu papel, para daí podermos fazer um papel melhor na atenção secundária certo? (E08).

[...] E quem diz não sou eu, enquanto coordenadora do núcleo, são os indicadores de saúde, do estado, do município e do governo federal, então, a fragilidade ela é fácil de você compreender, de você verificar. Porque o mínimo não está sendo feito e não está sendo feito aonde? na porta de entrada, na atenção primária (E15).

Em contrapartida, reconhecem a relevância da APS na prevenção de agravos e na redução de custos para o sistema, uma vez que, nos demais níveis a alta concentração de tecnologia dura contribuem para elevação significativa dos custos, reduzindo assim a capacidade de resposta da gestão na incorporação de novos serviços a RAS. A baixa resolutividade da APS é percebida como um fator que favorece a alta procura pela população dos serviços de maior complexidade:

[...] Cada vez que nós demandamos um serviço da atenção secundária ou terciária, como o custo é maior, a dificuldade de acesso, vai ficando cada vez maior para o usuário (E17).

[...] Se eu não tenho uma atenção primária fazendo o seu papel de forma mais firme, então eu acabo levando isso para a secundária. Então, acaba que o especialista aqui em cardiologia, ele acaba fazendo o papel de lá da atenção primária, né? (E08).

As falas dos entrevistados, evidenciam a existência de vazios assistenciais na região, mas percebem como uma conquista positiva e inovadora a inclusão da ressonância cardíaca, da melhora no acesso a outros exames cardiológicos.

[...] por exemplo: agora a gente vai iniciar a ressonância cardíaca certo, isso foi uma discussão, veio uma intenção, veio uma iniciativa, né? através do nosso diretor médico, e aí a gente estudou, a gente fez alguns testes e a gente viu que era possível de se fazer, que é algo inovador, que seria um diagnóstico precoce, um de um exame padrão ouro, né? (E08).

[...] temos avançado nessa questão da ressonância cardíaca que eu creio que vai ajudar muito... de pacientes que muitas vezes estão na fila pra fazer cateterismo e que muitas vezes uma ressonância cardíaca consegue fechar o diagnóstico ali e as vezes tirar o paciente da fila e dizer olha, não precisa mais de cateterismo, a sua ressonância cardíaca está satisfatória, não precisa. É algo que estamos ansiosos e vai ajudar muito essa questão... eu falo hipertenso, doenças cardiológicas tem tudo a ver né? porquê as doenças cardíacas, grande parte são ocasionadas pela hipertensão descontrolada, mau controlada por muito tempo e levam todos esses

desfechos que vão precisar desse aparato e esses pacientes geralmente são hipertensos, então acaba que é um atendimento do hipertenso também (E11).

[...] Os outros exames nós temos: mapa, holter, teste de esforço, teste ergométrico, é um teste pra gente rastrear possíveis isquemias e nós temos demanda aí que oh, as vezes falta paciente muitas vezes pra realizar (E11).

Para os gestores da regulação assistencial, a ultrassonografia e a consulta com cardiologista são os mais demandados. Revelam em suas falas que apesar da ampliação AAE, para alguns serviços persiste a insuficiência de vagas.

[...] O procedimento mais solicitado é ultrassonografia. Assim é exame que mais tem volume dentro da regulação. E de especialidades a gente tem neurologista que é muito procurado, cardiologista, também. E exames de imagem, como ressonância e tomografia também são bem procurados (E01).

[...] Ultrassonografia, ressonância, endoscopia, consultas com urologista, ginecologista, o cardiologista também é bem procurado. Urologista também. Existe o serviço, mas a questão das vagas ofertadas são poucas também, tem mês que conseguimos receber uma vaga no mês. (E06).

Na perspectiva do gestor do município distante da sede da região, a concentração de serviços em um centro regional pode resultar em economia de escala, com a redução de custos a médio e longo prazo, além de uma maior capacidade de oferta na região.

[...] o secretário de saúde até se chateou esses dias e disse que ia tirar o convênio da Policlínica, porque é muito caro o valor e não tava compensando, mas depois quando vamos colocar no papel vemos que compensa, em que sentido, as vezes você faz lá cem raio-x por mês que é barato. Não compensa! Você ter um convênio de cem raio-x, mas quando vai fazer uma tomografia, uma ressonância, vai para oitocentos reais, então compensa, entendeu?! Aí é melhor ficar lá, porque senão vai vir um custo maior... se for fazer convênio em outro lugar, se for mandar pra Salvador vai ser outro custo e aí preferimos ficar com a policlínica (E05).

A definição apropriada da abrangência das regiões desempenha um papel crucial na formulação das estratégias de organização da RAS, devendo respeitar os acordos entre o governo estadual e municipal no processo de regionalização, bem como considerar os parâmetros de escala e acessibilidade estabelecidos (BRASIL, 2019).

A premissa de ordenação e coordenação do cuidado que a APS possui, implica em sua responsabilidade no estabelecimento da linha de cuidado para pessoas com HAS. Isso envolve recursos humanos e materiais, corresponsabilidade, elaboração de protocolos e fluxos, processos de educação permanente, gestão da clínica, dentre outras iniciativas que têm um impacto significativo no acompanhamento, qualidade de vida dessas pessoas e fortalecimento

da RAS. Contudo, para os respondentes a APS precisa aprimorar seus processos de trabalho com vistas a ampliar a sua resolutividade.

[...] Então acho que a atenção primária precisa fazer um pouco melhor esse papel para que essa rede seja fortalecida, essa rede seja realmente uma rede forte (E08).

[...] Se eu estou numa região, minha atenção primária é frágil, então eu já estou com um vazio na secundária e na terciária é em cadeia, por isso que precisa dessa necessidade do fortalecimento das RAS (E15).

Com vistas à PNAES, é fundamental promover o fortalecimento da Atenção Primária. Isso se realiza mediante o aprimoramento de sua competência clínica, expansão de sua capacidade de resolução, fortalecimento de sua habilidade em ordenar o acesso e coordenar o cuidado, em colaboração articulada com a AAE. Esse fortalecimento se dá por meio da promoção da comunicação, corresponsabilização pelo cuidado, compartilhamento de decisões clínicas e de gestão de recursos entre profissionais, equipes e serviços (BRASIL, 2023).

ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA E ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

No âmbito da articulação intergovernamental, ficou evidente a relevância de considerar as singularidades das regiões que conformam a macrorregião de saúde. Nesse contexto, o papel do governo estadual enquanto coordenador e mediador foi destacado, bem como na busca de recursos financeiros junto ao governo federal.

[...] pontuar sobre as necessidades de cada região que não são iguais, mesmo estando numa mesma micro ou macro regional de saúde, e aí o estado, ele vem como articulador e facilitador dessa comunicação para oferta de saúde. Em relação à federação, eu coloco também um estado como mediador para levar essas interlocuções e cobrar mais incentivos, então o estado é intermediador dessa articulação frente à federação (E13).

Compreender as nuances e demandas específicas de cada área geográfica torna-se, portanto, uma peça fundamental na formulação de estratégias colaborativas que visem à promoção da saúde e bem-estar da população, bem como ao fortalecimento do sistema de saúde.

Nas últimas três décadas, a questão da descentralização político-administrativa tem se destacado em âmbito global. Entre essas tendências, a implementação de um sistema federativo de Estado é a que exerce um impacto mais substancial, conferindo um significado à coordenação federativa (ABRUCIO, 2005).

Questões políticas partidárias foram descritas como desafio, pois tendem a complexificar a dinâmica das relações intergovernamentais, seja por de divergências de interesses, alinhamentos partidários e agendas políticas distintas. Instigando a relações mais competitivas e menos solidárias.

[...] tem o entrave político e ainda precisa aproximar muito o governo do estado com o governo federal e o governo municipal. Eu acho que precisa ter, falar a mesma língua (E05).

A configuração federativa representa um dos principais elementos orientadores do cenário político no Brasil, influenciando de maneira significativa tanto a dinâmica partidário-eleitoral, quanto a elaboração das políticas sociais e a reforma do Estado. Além de sua notável influência, a estrutura federal tem passado por transformações profundas desde o período de redemocratização do país (ABRUCIO, 2005).

A questão do financiamento emergiu como uma preocupação entre a maioria dos gestores, qualificado como um nó crítico na gestão e organização da RAS.

[...] tanto na atenção primária quanto na atenção terciária, então recente mesmo, estamos com um problema de financiamento. No que se refere à nossa atenção secundária isso se dá de forma bastante organizada, porém, percebemos que atenção primária ainda é bastante fragilizada. Talvez por conta de gestão, por conta de recursos (E08).

[...] Esses recursos são alocados nos fundos municipais estaduais e no Ministério da Saúde com o objetivo de financiar as ações de saúde em cada ente federativo (E17).

A Emenda Constitucional (EC) nº 29 foi citada como documento norteador sobre a alocação de recursos financeiros por parte de cada ente federado, voltados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde.

[...] Se não me engano é a emenda vinte e nove, que determina que o município precisa contribuir com pelo menos quinze por cento do recurso do município para as ações de saúde (E05).

[...] Todos os entes federativos tem corresponsabilidade no financiamento da saúde. Os municípios, salvo engano, quinze por cento, o estado doze por cento, salvo engano a união, dez por cento [...] O município recebe repasse do estado, da união, faz sua complementação. É feito o planejamento no Plano Municipal de Saúde e de acordo com o que foi planejado ali, pactuado no plano municipal é que é executado, são executadas ações aqui no território, vai vencer prioritariamente com a tutela do conselho municipal (E17).

Nesse contexto, a EC nº 126/2022 promoveu modificações no ato das disposições constitucionais transitórias, estabelecendo que as transferências financeiras efetuadas pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, municipais e distritais, destinadas ao

combate da pandemia da Covid-19, poderão ser realizadas pelos entes federativos até o dia 31 de dezembro de 2023 (BRASIL, 2022).

A EC 126/2022 também dispõe que os saldos remanescentes de créditos extraordinários destinados à COVID não podem ser objeto de transposição e transferência. Eles devem ser executados em ações e serviços públicos de saúde relacionados à COVID-19 (BRASIL, 2022). Determinou também que as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas até o limite de 2% (dois por cento) da receita corrente líquida do exercício anterior ao do encaminhamento do projeto. Vale ressaltar que a metade desse percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2022).

De acordo com a gestão do NRS, uma questão frequentemente levantada por parte de alguns municípios, reporta ao investimento bem acima do percentual mínimo de 15%. [...] *Alguns municípios dizem que chegam, eles falam em gasto. Para mim, não é gasto, pra mim é investimento, em custos de até vinte e cinco por cento (E15).*

Essa insatisfação aponta para uma preocupação legítima com os recursos destinados à saúde, dado o subfinanciamento histórico do SUS, o qual foi agravado com a EC nº 95/2016 (MENDES, CARNUT, MELO, 2023). Destarte, é sabido que o gasto público em saúde no Brasil é menor do que o privado, além de que o gasto público *per capita* no país não acompanha o crescimento do Produto Interno Bruto, como observado em outros países com sistemas de saúde com características semelhantes ao SUS (ARAÚJO, LOBO, MEDICI, 2022). Situação mais crítica para os municípios menores que possuem uma forte dependência das transferências governamentais obrigatórias, como Fundo de Participação do Municípios (FPM).

[...] eles fazem uma projeção, um planejamento para o Brasil todo e o Brasil é diferente, tem regiões diferentes né? olha o tamanho desse país? Então assim, os municípios pequenos acabam sofrendo, eu digo o tempo todo, parece que eles esquecem [...] todo município pequeno ele acaba sofrendo mais. Então assim, existe as contrapartidas, existe! O ministério da saúde dá a contrapartida dele, o estado dá, o município dá, porém, ainda é muito baixa e tem muita burocracia também (E05).

A aplicação dos recursos financeiros no SUS foi um outro aspecto que emergiu na análise, apontando para a existência de uma má utilização. Reforça a importância dos instrumentos de gestão do SUS, com destaque para o Plano de Saúde, instrumento no qual, são definidas as prioridades, as ações estratégicas e o montante de recursos a serem destinados ao custeio das ações e serviços de saúde.

[...] Hoje, nós temos um mínimo de quinze por cento para aplicação desse recurso financeiro. Mas assim, quando nós avaliamos de perto, nós vemos que é uma má aplicação desse recurso. Não existem os instrumentos que são obrigados como o

plano de saúde que tem que ter, o planejamento estratégico ele é fundamental dentro, que são instrumentos que apenas direcionam a aplicação desse recurso (E15).

Desde a criação da federação, o Brasil é caracterizado historicamente por profundas disparidades regionais, inclusive quando comparado a outras nações. A diferença nas condições econômicas é agravada ainda mais pela presença de um grande número de municípios pequenos, que possuem uma capacidade limitada de se sustentar apenas com recursos locais (ARRETCHE, 2000, p. 247 *apud* ABRUCIO, 2005). “A baixa capacidade tributária dos municípios brasileiros é ainda maior sob o ponto de vista comparado” (ABRUCIO, 2005, p. 48).

No âmbito do Consórcio Interfederativo de Saúde, instituição responsável pela gestão da PRS, reitera que o rateio das despesas é bipartite, Estado e Municípios. [...] *Nós não temos uma participação direta da união, mas sim do estado e dos municípios, o que é per capita (E08).*

O modelo adotado pela Bahia demonstra que o gasto capital e cofinanciamento estadual permanente são fatores que incentivam a adesão dos municípios aos consórcios verticais. Destaca ainda, o apoio aos pequenos municípios que de modo isolado não teriam condições de responder de modo mais satisfatório as demandas para AAE (ALMEIDA *et al.*, 2022).

Atualmente, observa-se uma expansão ou, no mínimo, a manutenção do Estado de Bem-Estar Social, mesmo diante de recursos relativamente escassos. Essa situação impõe uma demanda por um desempenho governamental aprimorado, o que inclui a necessidade de se lidar com pressões consideráveis por economia (redução de gastos e custos), eficiência (alcançar mais com menos recursos) e efetividade (gerar impacto nas causas dos problemas sociais). Estes três aspectos, particularmente em países de sistema federativo, requerem uma maior coordenação entre as esferas político-administrativas no gerenciamento das políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

A alteração no cenário demográfico da sociedade, caracterizado pelo envelhecimento rápido da população e pela diminuição da taxa de fertilidade, combinada com transformações no panorama epidemiológico, que observa um crescimento contínuo das doenças crônicas não transmissíveis, igualmente gera novas demandas para a expansão de recursos (SERVO *et al.*, 2011).

Os desafios apresentados pelos gestores em relação ao financiamento do SUS representam uma preocupação de grande relevância a ser abordada, visto que “apesar de todos os esforços para ampliar os recursos públicos para a Saúde, em pouco mais de 20 anos, isto representou um aumento de menos de 1% do PIB” (SERVO *et al.*, 2011, p.53), havendo assim um subfinanciamento considerável.

Com base na PNAES o financiamento da assistência especializada em saúde será concretizado por meio de um modelo tripartite, estabelecido em acordo entre as três esferas de gestão. Esse financiamento seguirá as normativas específicas do SUS e será pautado pelas demandas de saúde da população, considerando as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de provisão de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2023).

É fundamental considerar as disparidades regionais e desigualdades presentes no país ao discutir essa questão. Portanto, é necessário explorar o papel e a responsabilidade tanto do governo federal quanto dos estados em aumentar sua contribuição para o financiamento do SUS, visando promover uma distribuição mais equitativa dos recursos e melhorar o acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional.

SISTEMA GOVERNANÇA E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

No âmbito dessa categoria, tatar-se-á da governança regional e dos processos de tomadas de decisão no âmbito da gestão da RAS na região de saúde. Identificando a repercussão de tais decisões na sua organização e operacionalização, bem como, os atores e as intervenções escolhidas.

Para os gestores entrevistados, a RAS desempenha um papel fundamental na melhoria da resolutividade do sistema de saúde, promovendo a integração entre os diversos pontos de atenção e elevando a qualidade do atendimento, em consonância com os princípios de integralidade e universalidade do SUS.

[...] para mim rede de atenção de saúde, ela tem a premissa de melhorar a resolutividade quanto melhor comunicação entre os pontos da rede, ampliando a qualidade do serviço, ofertado e melhorando a resolutividade do quadro clínico dos pacientes (E17).

[...] a rede de saúde é compreendida como um espaço de articulação entre os serviços de saúde, de dentro de um município, de um estado que visa ofertar diferentes serviços em seus graus de complexidade obedecendo a integralidade do ser e a universalidade do serviço (E13).

A estrutura decisória do SUS respeita o modelo federativo brasileiro, na medida em que prevê no seu arcabouço institucional espaços de governança interfederativa, as Comissões Intergestores, no âmbito nacional, estadual e regional. Nesse sentido, os dados revelaram que a Comissão Intergestores Regional (CIR) é instituída e conta com a presença dos secretários de saúde, do coordenador do NRS, de profissionais permanentes do estado em sua plenária. E também em situações específicas pode ter a presença de técnicos e representantes da PRS.

[...] Quem participa das reuniões da CIR são todos os Secretários de Saúde da micro, mais o coordenador do núcleo, que é o coordenador no biênio adjunto, ou coordenador geral, mas os membros efetivos do estado, que tem um membro efetivo da SESAB e um membro efetivo do Núcleo, que é publicado em diário oficial, os quais têm direito a fala e a voto, mas se algum servidor, se algum Secretário de Saúde ou coordenador do núcleo achar importante levar um técnico, quando a pauta é técnica, pode levar (E15).

[...] O que eu sei é que é uma decisão colegiada, através de secretários de saúde, que são votados entre eles e vão articular, pactuar alguns serviços, visando equalizar mais ou menos assim (E13).

[...] Estamos nós Policlínica, sempre como convidados e o núcleo, o núcleo regional também, a representação do núcleo regional também está e alguns convidados a depender da temática que está sendo abordada (E08).

A governança, conforme definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), envolve o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para administrar os assuntos do Estado. Ela compreende uma série complexa de mecanismos, processos, relações e instituições que permitem que os cidadãos e grupos sociais articulem seus interesses, exerçam seus direitos e deveres (RONDINELLI, 2006 *apud* BRASIL, 2019). Refere-se à habilidade de intervenção que engloba uma variedade de atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada (BRASIL, 2019).

A governança regional é considerada como uma abordagem moderna da política regional, com a capacidade de enfrentar os desafios contemporâneos e a diminuição do papel dos governos centrais nas regiões. Ela forma redes de colaboração voltadas para o desenvolvimento sustentável, complementando as estruturas governamentais tradicionais do sistema político (RIBEIRO *et al.*, 2017).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) estabeleceu nove macrorregiões e vinte e oito regiões de saúde na Bahia, sendo que para cada região está previsto uma CIR. A instituição desse espaço de governança regional é considerada como iniciativa importante progresso no contexto da regionalização (ALMEIDA *et al.*, 2016). A CIR tem como finalidade estabelecer acordos e promover uma colaboração solidária entre os envolvidos, com o propósito de fortalecer a região de saúde, sendo vista como espaço importante de governança regional (Vianna e Lima, 2013; Santos e Giovanella, 2014 *apud* Almeida *et al.*, 2016; Almeida *et al.*, 2019).

Contudo, um dos entrevistados destacou os desafios relacionados à participação dos coordenadores da APS nas reuniões da CIR. Na sua percepção os secretários não demonstram interesse em permitir uma participação ativa por parte dos coordenadores nas reuniões.

[...] Inclusive vou desabafar aqui! Isso é importante ter publicado em artigos, não sei se você vai colocar isso, mas nós coordenadores da atenção básica, nós temos uma dificuldade muito grande de participar das reuniões da CIR aqui na região de

Jacobina, porque os secretários não querem que os coordenadores da atenção básica participem de forma ativa da reunião [...] as vezes o secretário nem entende, nem tem o conhecimento que nós aqui da área técnica temos e também há necessidade de discutir e aí quando vamos, não somos bem recebidos. (E05).

É fundamental que os gestores, atores importantes nesse processo, compreendam que o papel da APS na rede, enquanto ordenadora do cuidado é salutar. Sendo assim, há necessidade do desenvolvimento de estratégias de discussão que requeiram a participação de todos os municípios, com o objetivo de promover uma visão que priorize uma abordagem abrangente na concepção da rede. (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Embora a responsabilidade pela execução da APS recaia sobre os municípios, a CIR poderia servir como um ambiente para planejar e acordar padrões de qualidade na prestação de serviços de atenção primária. Além disso, poderia ser um espaço para compartilhar estratégias que fortaleçam a prática clínica e a abordagem dos profissionais de Saúde da Família, visando reduzir encaminhamentos e gastos considerados desnecessários em direção a serviços de maior complexidade tecnológica (ALMEIDA *et al.*, 2016). Assim, no âmbito da CIR poderiam ser instituídos grupos de trabalhos voltados a discussão e proposição de estratégias para melhorias de áreas definidas como prioritárias pelos gestores e controle social.

Há o reconhecimento por parte de gestores que a CIR se estrutura como um fórum regional de extrema importância ao Planejamento Regional Integrado (PRI). Esse órgão realiza reuniões periódicas nas vinte e oito regiões de saúde, desempenhando um papel central, juntamente com o apoio da CIB, no acompanhamento do avanço do processo de regionalização. Contudo, vale ressaltar que há notáveis variações na eficácia operacional das diferentes CIR, presentes no estado (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No que diz respeito à definição da pauta, foi destacado que tanto os secretários de saúde quanto os coordenadores de APS têm o direito a sugestão de temas, e a SESAB também possui essa prerrogativa. Nesse contexto, foi posto que as pautas podem ser definidas com base na importância identificada a partir do PRI e do PPA.

[...] Os diretores, normalmente eles dialogam com os secretários. Esses pontos, que são discutidos na reunião da CIR, eles podem ser sugeridos tanto pelos diretores quanto pelos secretários, quanto pela própria SESAB (E17).

[...] diante também de um Plano Regional Integrado também hoje dentro do Plano Plurianual do próprio governador do estado traz a discussão, traz técnicos e se avalia a relevância (E15).

Foi destacado ainda, a influência do governo federal na sugestão das agendas regionais e nos processos de tomada de decisão, padrão semelhante ao registrado em estudos de Santos e Giovanella (2014). Embora haja avaliação positiva por parte de gestores estaduais dessa

indução do governo federal, é relevante questionar as possíveis divergências entre os interesses desse governo e as necessidades específicas das regiões locais e regionais (Almeida *et al.*, 2016).

[...] a atenção básica ela já veio com a pactuação pronta que chama uma proposta, uma estratégia do governo federal tripartite porque entra o município com a sua contrapartida e entra o estado também com a sua contrapartida (E15).

Conforme gestores, a assinatura dos acordos de pactuação visa facilitar o acesso aos serviços oferecidos, determinando também os quantitativos correspondentes. No entanto, as dificuldades surgem devido à insuficiência de financiamento, gerando atritos entre os municípios durante o processo de pactuação, especialmente quando se trata de serviços especializados.

[...] após a assinatura da pactuação são alocados recursos, e os municípios, eles têm acesso ao extrato dos serviços que são ofertados em cada município e os seus quantitativos. Normalmente as pactuações, elas têm dificuldade porque o financiamento é baixo. Você pactua um serviço especializado, mas você não consegue contratar por aquele valor pactuado, então isso cria muito atrito entre dos municípios (E17).

[...] por que eu pactuo com o município polo, mas a dotação que o município Y recebe é baixa, eu não consigo comprar aquele volume do serviço pactuado, isso acaba criando atrito entre os municípios. Então acaba dificultando essa interação intermunicipal, no meu ponto de vista seria o financiamento, o financiamento é um dos principais gargalos na compra dos serviços, principalmente o serviço especializado (E17).

Na Bahia, a PPI, um dos instrumentos e mecanismos utilizados pelo SUS para promover a descentralização e a integração entre as esferas de gestão, não conseguiu assegurar um compartilhamento eficaz do processo de planejamento entre as entidades governamentais, como apontado por Molesini *et al.* (2010).

Concernente ao monitoramento das pactuações, foi destacado a utilização do Sistema de Pactuação de Indicadores (SISPACTO), ressaltando seu potencial como uma ferramenta que pode ser empregada para fiscalizar e assegurar a prestação dos serviços acordados entre os entes federativos.

[...] Nós monitoramos as pactuações através de um sistema, o SISPACTO. Os municípios, eles podem observar os serviços que foram pactuados e, principalmente, cobrar daquele ente federativo o desenvolvimento das ações que foram ali pactuadas (E17).

[...] Esse monitoramento, normalmente um técnico da SESAB é designado a fazer, para fazer com que os usuários do nosso município tenham acesso aos serviços que estão ali, planejados dentro daquele orçamento (E17).

Quanto à divulgação dos resultados do monitoramento, foi mencionado que a SESAB é responsável pela organização de encontros tanto no território quanto na capital. Nesse último, há participação de todos os municípios da Bahia, integrantes da CIB, para apresentação dos resultados.

[...] Compartilhamento dos resultados do monitoramento, geralmente a equipe da SESAB faz um encontro aqui no território, também existe um encontro que é realizado em Salvador, onde reúne todos os municípios baianos, na CIB e são apresentados todas esses dados (E17).

O trecho a seguir ressalta a relevância do planejamento estratégico durante o processo de pactuação entre os diferentes níveis de governo e enfatiza a importância dos indicadores de saúde na avaliação do cumprimento dos acordos e da implementação da Política de Saúde. Além disso, destaca-se o papel fundamental do Núcleo Regional de Saúde (NRS) no apoio e no monitoramento em saúde.

[...] Tanto o município, como o estado, como o governo federal tem um planejamento estratégico. E existem pactuações que nós avaliamos através de indicadores de saúde. Então, o município tem indicadores a serem cumpridos e nós, através do estado, o Núcleo Regional de Saúde avalia o alcance ou não dessa meta, desses indicadores. [...] Então nós, enquanto núcleo regional de saúde, nós exercemos uma atribuição de monitorar, acompanhar, avaliar, porém, nós sinalizamos aos municípios quando avaliamos os indicadores de saúde (E15).

No âmbito da avaliação em saúde, ressaltou-se o quão seria importante a avaliação do Conselho de Saúde na análise dos processos de pactuação e sublinhou-se a necessidade de incluir também a perspectiva do usuário.

[...] O conselho municipal de saúde deveria ser esse órgão de avaliação. Nós poderíamos também fazer uma avaliação, deveria ter uma avaliação em nível do usuário mesmo dentro do serviço de saúde, mas não tem (E13).

Conforme Brasil (2011), a CIR não apenas funciona como um fórum decisório para identificar, definir prioridades e pactuar soluções na organização de uma rede regional de ações e serviços de saúde integrados e eficazes, mas também desempenha um papel importante na implementação de estratégias para fortalecimento do controle social. No entanto, a partir dos extratos de fala nessa seção, nota-se uma centralização nos processos decisórios por parte dos gestores, que dificultam a participação de profissionais nas reuniões, quiçá a presença de usuários do sistema.

No que diz respeito ao Controle Social, é essencial que as estruturas locais e estaduais criem mecanismos e instrumentos de coordenação inovadores, como fóruns regionais e

pesquisas de satisfação do usuário, entre outros. Essas informações podem, então, ser utilizadas como recursos para o acompanhamento e avaliação das políticas de saúde em nível regional (BRASIL, 2019).

Quanto aos processos decisórios, ao examinarmos as atas da CIR, observou-se que a discussão sobre os recursos financeiros destinados à operacionalização do consórcio interfederativo de saúde, ocorreu inicialmente com cautela. Foi necessário contar com a participação de um profissional especializado e a elaboração de documentos legais que comprovassem as responsabilidades dos envolvidos.

O consórcio interfederativo da chapada norte, que engloba dezenove municípios, foi mencionado pelos gestores no contexto das pactuações, como uma estratégia para contratação de serviços e otimização do acesso a ações assistenciais. Nesse sentido, o contrato de programa foi referido como um instrumento oficial que serve de base para direcionar os serviços contratados a serem distribuídos de forma per capita entre os consorciados.

[...] A pactuação se dá através de um contrato de programa onde nesse contrato de programa, os entes são os dezoito municípios consorciados, mas o estado. Nessa pactuação todos os serviços que estão dentro do contrato de programa e que a policlínica, por intermédio do consórcio consegue contratar isso é transformado em números de atendimentos e de forma per capita é distribuída pelos municípios consorciados (E08).

[...] na nossa região, nós temos um consórcio que contempla os 19 municípios. Este consórcio, ele visa a contratação e a pactuação de serviços entre os municípios para que otimize o acesso do paciente às redes de assistência. Normalmente as pactuações, elas acontecem mais nos serviços de média e alta complexidade. Na atenção primária, normalmente não há pactuação entre os municípios, é responsabilidade de cada um (E17).

As atas da CIR também revelaram que a articulação interfederativa é primordial para efetivação do processo de regionalização e a participação do estado como protagonista neste contexto passou a ser fundamental, onde, o mesmo assume a coordenação federativa do processo de regionalização, fortalecendo e incentivando ações que favoreçam a constituição de redes regionalizadas.

[...] Não há, de forma direta, uma participação até então do governo federal nesse custeio, certo. Então o custeio é estado que entra com quarenta por cento do custeio e municípios, que entra com sessenta por cento do custeio. De que forma? Da mesma forma como é distribuída, a pactuação dos serviços de forma per capita também (E08).

Os órgãos governamentais também desempenham um papel no processo de implementação de políticas públicas, especialmente quando consideramos os esforços que eles empreendem para colocar em prática tais políticas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Outro tema que ocupou a agenda da CIR foi o transporte sanitário. Percebido como importante na garantia do acesso; a regulação a consultas e procedimentos perpassa por regras estabelecidas que influenciarão no processo de regulação e conseqüentemente integração assistencial (BAHIA, 2017).

A análise documental das atas da CIR mostrou que este espaço de governança regional juntamente com a CIB, assumem função essencial na tomada de decisões para implementação da política de saúde conforme necessidades regionais. Entretanto, para processos profícuos é preciso que os acordos e compromissos firmados pelos entes federados sejam respeitados e cumpridos.

A análise das atas evidencia que a discussão sobre integração assistencial concentrou-se predominantemente na perspectiva e na responsabilidade dos gestores, com pouca participação dos profissionais de saúde. Portanto, torna-se imperativo que o tema seja abordado e articulado também sob uma perspectiva assistencial, não se restringindo apenas ao contexto gerencial.

Qualificar a governança regional é uma tarefa complexa, uma vez que a integração da rede e a coordenação dos cuidados em saúde exigem uma relação de interdependência entre diferentes atores sociais e organizações. Cada um deles detém recursos essenciais para resolver questões que afetam toda a rede, o que pode levar a conflitos de interesses e disputas por poder, como destacado por Almeida *et al.* (2010) e Hartz; Contandriopoulos (2004), *apud* Almeida *et al.* (2016).

As assembleias, que envolvem representantes dos municípios consorciados, também desempenham um papel crucial na tomada de decisões. Todas essas estratégias e colaborações têm um impacto altamente benéfico no avanço da política de saúde, o que, por sua vez, se reflete diretamente na expansão da assistência, na promoção do cuidado integral, na redução das disparidades em saúde e, conseqüentemente, na melhoria dos indicadores epidemiológicos.

[...] A cada trimestre encaminhamos para os municípios [...] metas que precisamos cumprir [...] seu perfil, do que que aconteceu ali naquele trimestre. Nós fazemos sim esse relatório e encaminhamos para os municípios [...] sempre que temos a oportunidade de reunir nas reuniões [...] das assembleias (E08).

Dar materialidade a uma decisão governamental requer a seleção de várias ferramentas, cada uma das quais pode contribuir de forma independente para a implementação da política (HOOD, 1986; Linder e Peters, 1991 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Em linhas gerais, observou-se que, em 2018, ano que antecede à inauguração da Policlínica Regional de Saúde (setembro/2019) as discussões foram voltadas às questões

ligadas à problemática dos recursos financeiros que seriam utilizados, participação dos municípios envolvidos e a articulação interfederativa, necessária à operacionalização do serviço, percebendo importante papel do Estado no fomento da implementação da política de saúde.

Já ano de 2019, as discussões na CIR encontram-se direcionadas à questões voltadas à regulação assistencial a partir de uma perspectiva de estruturação do transporte sanitário e do planejamento de consultas e procedimentos a serem ofertados; o processo de tomada de decisão, compreendeu debates voltados ao PRI, governança da RAS, garantia da regionalização, bem como a importância de espaços como as assembleias, CIB e CIR na tomada de decisões importantes à implementação da política de saúde na região; e integração assistencial, discutida em perspectiva apenas gerencial.

Todos os elementos citados são essenciais ao funcionamento efetivo do serviço especializado e fundamentais à solidificação do processo de regionalização, implementação da política de saúde, ampliação do acesso e redução de iniquidades regionais. No entanto, foram ausentes no território, discussões relativas à integração assistencial, com vistas ao papel da APS na RAS, enquanto coordenadora do cuidado.

No contexto brasileiro, os princípios fundamentais que orientam a integração dos serviços e a coordenação do cuidado abrangem conceitos amplos, como descentralização, regionalização e integralidade, e incorporam uma variedade de estratégias de gestão, incluindo a criação de regiões de saúde, redes temáticas, linhas de cuidado, consórcios de saúde e redes de atenção à saúde, entre outras abordagens (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No entanto, é importante destacar que o ponto de convergência deve estar relacionado à influência na produção da saúde, transformando efetivamente o atual modelo fragmentado, de baixo impacto e altos custos em um modelo que abrace a ideia do cuidado como um valor, (Pinheiro, 2009) e que atenda aos princípios fundamentais para a gestão do cuidado (Cecílio, 2009). Nessa perspectiva a governança regional precisa fomentar o aprimoramento da integração assistencial, com vistas à promoção de um cuidado longitudinal, qualificado, pautado pela comunicação entre os profissionais, matriciamento, gestão da clínica, dentre outras estratégias.

A integração, também representa um meio para aprimorar o desempenho do sistema de saúde, e, portanto, os esforços nesse sentido são justificáveis na medida em que resultam em serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e que atendem às necessidades dos usuários (OPAS, 2009 *apud* BRASIL, 2019). Infere-se que o sistema de governança do território e processos de tomada de decisão, são mais sólidos no

tocante à valorização do serviço especializado, em detrimento a valorização e fortalecimento da APS.

Contudo, dentre as diretrizes e fundamentos essenciais da (PNAES), destaca-se o fortalecimento e a integração com a APS no cuidado à saúde das pessoas vinculadas, com o intuito de aprimorar a sua resolubilidade (BRASIL, 2023). A integração entre a APS e a AAE é fundamental e deve ser fortalecida pelas políticas de saúde do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indica uma valorização da integração entre a APS e AAE, por parte dos gestores, objetivando a garantia da integralidade e continuidade da atenção à saúde. Todavia, o conceito de integração assumido pelos respondentes está circunscrito aos mecanismos de regulação assistencial, operados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

As falas sinalizam para a inexistência ou incipiência da comunicação entre os profissionais da APS e AAE, condição que compromete de modo especial o compartilhamento do cuidado, ação fundamental para efetivação da integração assistencial entre os distintos níveis de atenção do SUS.

Problemas com a inexistência ou a insuficiência de consultas e procedimentos especializados foi outro condicionante que emergiu no cenário em estudo. Por outro lado, a implantação da PRS, unidade assistencial gerenciada pelo Consórcio Interfederativo em Saúde (CIS) é reconhecida como um importante avanço na ampliação do acesso e na redução das iniquidades locais em saúde.

Os dados denotam que o CIS assume papel importante no processo de tomada de decisão na região, haja vista que tem como representante os prefeitos e a representação do governo estadual. Em contrapartida, o arcabouço institucional do SUS no que refere a articulação interfederativa em voga, não dispõe de um espaço que permita a presença permanente do CIS; participando apenas, quando convidado nas reuniões da CIR.

Ainda no campo da governança regional, a CIR assume função de destaque no processo de discussão e pactuação, entretanto, alguns respondentes lamentam a ausência dos coordenadores nesse fórum, bem como do Conselho de Saúde. Justificam que a tais participações poderiam imprimir um caráter mais técnico e assertivo às decisões relacionadas a política pública de saúde.

Ficou evidente a forte influência do Ministério da Saúde na indução e definição de pautas no âmbito da CIR. Temas que estão diretamente relacionados a repasse de recursos

financeiros ou implantação de novos serviços conformam-se como motivos de disputa e competição entre os municípios.

Sabe-se que o subfinanciamento do SUS é histórico, apesar das inúmeras medidas adotadas ao longo das últimas 03 décadas voltadas a prever fontes regulares de recursos para o provimento e manutenção de ações e serviços de saúde. Porém, a EC nº 95/2016, a EC nº 126/2022 e o impacto da Pandemia da Covid-19 na economia global acirraram ainda mais os dilemas do financiamento do sistema público de saúde brasileiro.

Reconhece-se os limites do estudo, decorrentes da metodologia adotada em retratar todas as nuances e vieses relacionados ao objeto da pesquisa. Apesar disso, os dados aqui sistematizados lançam luz sobre a integração da APS e AAE em um cenário concreto, cujos apontamentos servem para pensar caminhos possíveis que fomentem essa integração, assim como, a proposição de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia Política**, 24, p. 41-67, jun. Curitiba: 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/7zWs4By9mFRYQPskSGLSDjb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.
- ALMEIDA, P. F. DE . et al. Consórcio Interfederativo de Saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. e00028922, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CKZLsvjHGFxXc5SqQFh3jMH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2023.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, set. 2013. Disponível em: . Acesso em: 28 ago 2023.
- ALMEIDA, P. F. DE .; SANTOS, A. M. DOS .. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks?. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 80, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ThGbJp54VGJ85zXNBXMfxQQ/?lang=en>. Acesso em: mai. 2022.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; FILHO, Moacir Tavares Martins; GIOVANELLA, Ligia; LIMA, Luciana Dias de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6yHMGMLTpgsKDGZG9QLfqN/?lang=pt> Acesso em: 23 set. 2021.
- BAHIA. Planejamento Regional Integrado: Macrorregião de Saúde Centro Norte – Estado de Saúde da População. Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GT-PRI). Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). **Observatório Baiano de Regionalização**. Jun. 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PRI-AnaliseSituacao/MS-CentroNorte-ESP.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 29**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 1 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604 de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>. Acesso em: 20 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **PlanificaSUS: Workshop 1 – A integração entre a Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, Hospital Albert Einstein, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201908/16114710-guia-workshop-1.pdf>. Acesso em: abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Acesso em: 09 set. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. p. 77-101. 2006. Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner Souza; FERNANDES, Juliana Azevedo. **Atenção Primária e Atenção Especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, p. 545-555, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/phhQtNVsHk5sKx4GVrRFfdj/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 02 ago. 2023.

ARAÚJO, Edson C. LOBO, Maria Stella C. MEDICI, André C. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **J Bras. Econ. Saúde**, 2022;14(Supl.1):86-95. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363113/jbes-especialportugues-86-95.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2014. p. 493- 545.

GONSALVES, E. N.; SCHRAIBER, L. B. Obstáculos e Facilitadores para o trabalho em rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 14, 2021. DOI: 10.18310/2446-4813.2021v7n2p239-252
» <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p239-252>

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KLAMT, Luciana Maria; SANTOS, Vanderley Severiano. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13786>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210307pt, 2023.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOLESINI, J. A. et al. Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623-38, 2010. Disponível em: Acesso em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/61/60>. Acesso em: 22 set. 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1ed. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. (NAVEGADOR SUS, 3). Disponível em: . Acesso em: 19 abr. 2021.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc: **Abrasco**, 2009. p. 15-28. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/razoes-publicas-para-integralidade-em-saude-o-cuidado-como-valor/4530>. Acesso em: 06 ago. 2023.

RIBEIRO, Patrícia Tavares *et al.* Governança Regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075–1084, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kg6ybTgMhW3XJwBMmWwbjgt/?lang=pt#>. Acesso em: 19 ago. 2023.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Abr. 2021.

SERVO, Luciana Mendes Santos, *et al.* Financiamento da Saúde no Brasil. *In:* SERVO, Luciana Mendes Santos, *et al.* **Brasil em desenvolvimento 2011: estado, planejamento e políticas públicas**. 1ª ed. Brasília: IPEA, 2011. v.1. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3858/3/Financiamento.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

STARFIELD, B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO/Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

ESTUDO III

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS): O QUE PENSAM OS OPERADORES DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL?

RESUMO: o estudo pautou-se em analisar e descrever a integração entre a APS e a AAE no cuidado a pessoas com HAS no território de identidade Piemonte da Diamantina. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com técnicos da regulação atuantes na Centrais de Regulação dos municípios polo e distante, bem como da Policlínica Regional de Saúde (PRS). As entrevistas foram processadas no software Iramuteq. Foram analisados dados primários e secundários a partir da perspectiva do ciclo da política pública, referencial de Redes de Atenção à Saúde, teoria do federalismo e análise temática do discurso. Em síntese, a análise dos processos regulatórios nos municípios sob avaliação salienta a imprescindibilidade dos recursos humanos na eficiência desses procedimentos. Verificam-se consideráveis disparidades na quantidade de profissionais, inclusive chegando à ausência de médicos reguladores em determinados casos, com um claro foco na valorização da qualificação profissional através de capacitações recorrentes promovidas pela PRS, indicando um compromisso com a melhoria contínua dos serviços. A operacionalização dos processos regulatórios abarca diversas etapas, desde o acolhimento do usuário até a administração do tempo de espera, apoiada por sistemas como o SIGES e o manual de acesso à PRS. No entanto, as preocupações relacionadas à lista de espera e às dificuldades de acesso persistem como desafios recorrentes, evidenciando a necessidade de uma gestão eficaz da demanda. A inclusão do transporte sanitário como uma alternativa para aprimorar a acessibilidade aos serviços de saúde se destaca, demonstrando um compromisso com a acessibilidade. Contudo, a análise também realça os desafios na resposta da RAS às necessidades de cuidados, particularmente em relação às doenças crônicas, como a HAS, e à demanda reprimida devido à carência de profissionais no serviço especializado, somado à limitação na alocação de cotas de atendimento por município. Nesse cenário, a colaboração com o setor privado surge como uma alternativa para superar essas limitações. Os desafios persistentes na prestação de cuidados abrangentes e acessíveis enfatizam a necessidade de reavaliar a alocação de recursos e expandir a capacidade de atendimento especializado na região. Embora a parceria com o setor privado seja uma opção viável, é crucial avaliar e fortalecer a capacidade da rede pública para atender às demandas da população. Em última análise, a busca contínua por aprimoramentos e a otimização dos recursos constituem etapas essenciais para assegurar que a RAS possa atender de maneira eficaz às necessidades de saúde da região.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Integração; Atenção Ambulatorial Especializada; Regulação.

ABSTRACT: The objective of the study was to analyze and describe the integration between PHC and AAE in the care of people with SAH in the Piemonte da Diamantina identity territory. This is a qualitative, exploratory and descriptive study, of the case study type, carried out with regulatory technicians working at the Regulation Centers of the central and distant municipalities, as well as the Regional Health Polyclinic (PRS). The interviews were processed using the Iramuteq software. Primary and secondary data were analyzed from the perspective of the public policy cycle, Health Care Networks framework, federalism theory and thematic discourse analysis. In summary, the analysis of regulatory processes in the municipalities under

evaluation highlights the indispensability of human resources in the efficiency of these procedures. There are considerable disparities in the number of professionals, including the absence of regulatory doctors in certain cases, with a clear focus on valuing professional qualifications through recurrent training promoted by PRS, indicating a commitment to continuous improvement of services. The operationalization of regulatory processes encompasses several stages, from welcoming the user to managing waiting time, supported by systems such as SIGES and the PRS access manual. However, concerns related to the waiting list and access difficulties persist as recurring challenges, highlighting the need for effective demand management. The inclusion of health transport as an alternative to improve accessibility to health services stands out, demonstrating a commitment to accessibility. However, the analysis also highlights the challenges in the RAS's response to care needs, particularly in relation to chronic diseases, such as SAH, and the pent-up demand due to the lack of professionals in the specialized service, coupled with the limitation in the allocation of care quotas. by municipality. In this scenario, collaboration with the private sector appears as an alternative to overcome these limitations. Persistent challenges in providing comprehensive and accessible care emphasize the need to reassess resource allocation and expand specialty care capacity in the region. Although partnership with the private sector is a viable option, it is crucial to assess and strengthen the capacity of the public network to meet the population's demands. Ultimately, the continuous search for improvements and optimization of resources are essential steps to ensure that the RAS can effectively meet the region's health needs.

Keywords: Primary Health Care; Integration; Specialized Outpatient Care; Regulation.

INTRODUÇÃO

A APS compreende um conjunto de iniciativas de saúde que englobam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de problemas de saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Pautam-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (LAVRAS, 2011).

É implementada através da aplicação de abordagens gerenciais e de saúde democráticas e participativas, utilizando um modelo de trabalho em equipe, com foco em populações residentes em territórios claramente definidos. Nesse contexto, a APS assume a responsabilidade pela saúde dessas populações, considerando a dinâmica própria do território em que elas estão inseridas (LAVRAS, 2011). Nesse sentido, a consolidação requer a melhoria dos processos assistenciais associados a esse nível de atenção e a sua integração efetiva à RAS (FAUSTO *et al.*, 2014).

A integração no âmbito da assistência pode ser vista dentro de um contexto vertical, abrangendo os serviços de APS e AAE, com foco na coordenação de serviços ao longo do

tempo. Essa integração pode ser desafiadora, mesmo em sistemas de saúde altamente desenvolvidos (KOODER, 2009 *apud* FAUSTO *et al.*, 2014; BATISTA *et al.*, 2019).

Para garantir a integralidade dos cuidados de saúde, é fundamental estabelecer sistemas de atenção à saúde regionalizados, com a região de saúde como ponto central. Nesse tipo de estrutura, é essencial criar mecanismos sólidos para negociações e acordos entre o Estado e os municípios, bem como promover a integração dentro e entre os municípios. Isso possibilitará a oferta integrada de serviços de qualidade, permitindo que os pacientes recebam atendimento adequado em todo o percurso de cuidados de saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Uma das formas de fomento à integração entre diferentes níveis assistenciais é a definição e o estabelecimento de fluxos de atenção, com a indicação referência e contrarreferência entre APS e AAE favorecendo a continuidade do cuidado e integralidade na atenção (BRASIL, 2011).

Os problemas de saúde que não podem ser resolvidos em nível de APS deverão ser referenciados para serviços dotados de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos e de atenção hospitalar. Com equacionamento do problema, o serviço especializado deve realizar contrarreferência do usuário para que seja possível acompanhamento do mesmo no âmbito da APS e assim a integração entre os níveis de atenção venha a contribuir ao atendimento integral do usuário (SOLLA; CHIORO, 2012).

O presente estudo é impulsionado por uma questão crucial: a escassez de produção acadêmica que aborde a temática no contexto brasileiro. A revisão do estado da arte ⁵ utilizou uma seleção de quinze artigos, abrangendo o período de 2012 a 2021, e destacou uma expressiva concentração de publicações em 2019.

Resumidamente, os principais resultados indicam que a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda está em estágio inicial, resultando em um modelo de cuidado fragmentado no sistema de saúde. Os achados enfatizam o papel da APS como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e apontam desafios relacionados à garantia do acesso aos serviços especializados. Artigos: 1,5,8.

A identificação de deficiências na coordenação do cuidado, desorganização dos fluxos, fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, tempo insuficiente para a utilização desses mecanismos, atitudes em relação à coordenação, encaminhamentos inadequados, comunicação interprofissional insuficiente e uma competição predatória entre

médicos evidenciam a urgência de fortalecer os processos de integração entre os diferentes níveis assistenciais. Artigos: 4,5,10,11,14 e 15.5

A escolha do indicador HAS foi fundamentada na característica crônica e de grande impacto dessa condição, requerendo cuidados contínuos e integrados. O propósito é reduzir os riscos, sintomas agudos, complicações e a mortalidade precoce relacionada a eventos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outros. Adicionalmente, a decisão é respaldada pelo fato de a hipertensão arterial sistêmica ser uma das principais causas de morbimortalidade na região em análise.

Por consequência, estima-se que vá a óbito, diariamente, no Brasil, mais de 450 pessoas, apenas em decorrência de IAM e AVC (BRASIL, 2007 *apud* BRASIL, 2012). Estudo de Malta *et al* (2022) concluiu que a HAS possui uma alta carga de morbimortalidade no país, onde é o principal fator de risco para óbitos, chegando a 17% do total no ano de 2019.

Assim, este estudo tem objetivo analisar, na perspectiva de técnicos da regulação, a integração entre a APS e AAE no atendimento de indivíduos com HAS em uma região de saúde da Bahia, identificando as facilidades e as adversidades nesse processo.

MÉTODO

Estudo de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com profissionais da APS de um município polo e distante de uma Região de Saúde da Bahia, bem como profissionais da Policlínica Regional de Saúde (PRS).

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia, com o parecer ético de número 5991438, e foi conduzida em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 510/2016. Todos os participantes envolvidos no estudo consentiram voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

⁵ Busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), coleção que reúne diversas bases de dados produzidos no Brasil, América Latina e Caribe, ao combinar os descritores APS, Integração e AAE e operador booleano AND, chegou-se a 56 documentos. Ao submeter tal resultado aos critérios de inclusão (artigo científico, acesso a texto completo, ano de publicação: 2012-2021, idioma português e inglês) identificou-se 37 artigos, que após a leitura do título e do resumo, extração de duplicatas, selecionou-se 15 manuscritos. Ao adotar na busca a estratégia de combinar os três descritores o resultado foi a indicação de apenas 06 documentos, que após a submissão aos critérios de elegibilidade restaram 05 artigos. Ressalta-se que foi verificado a existência de artigos comuns nos resultados das duas estratégias de busca. **Ver Apêndice 1 – Quadro 13.**

Foram utilizadas fontes de dados primários (entrevista semiestruturada) e secundários (protocolos assistenciais, fluxos de atendimento, fichas de referência e contrarreferência, atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o manual de acesso da Policlínica).

A região de saúde, local da pesquisa é formada por 19, dos quais 18 integram o Consórcio Interferativo de Saúde, instituição responsável gestão da PRS. Elegeu-se deste universo, 02 municípios, sendo um escolhido por se a cidade onde a PRS está situada, e outro pelo porte populacional (pequeno) e a distância (maior). A duração média das entrevistas foi de 10,4 min.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores que operam no âmbito municipal a regulação assistencial, totalizando nove (03) entrevistados. A média de idade é de 42,3 anos e 100% do sexo feminino; 66% possuem nível médio e com formação na área de saúde. O tempo médio de atuação no cargo é de 1,9 anos, porém com grande variação (04 meses a 04 anos). (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Sexo	Idade	Formação	Cargo / local de trabalho	Instituição	Tempo na função	Esfera
Feminino	43	Ensino médio agente comunitária de saúde	Técnica da regulação	SMS	4 anos	Municipal
Feminino	38	Administração	Reguladora	SMS	8 meses	Municipal
Feminino	46	Técnica em enfermagem Especialização: regulação	Reguladora ambulatorial	SMS	1 ano e 1 mês	Municipal

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quanto as entrevistas, dado a disponibilidade do entrevistado e pesquisador, algumas foram realizadas *on line*, através da Plataforma Microsoft Teams e outras presenciais, cuja gravação foi feita pelo gravador de áudio disponível no celular. Ambos os formatos foram salvos em HD externo, visando sigilo e confiabilidade das mesmas.

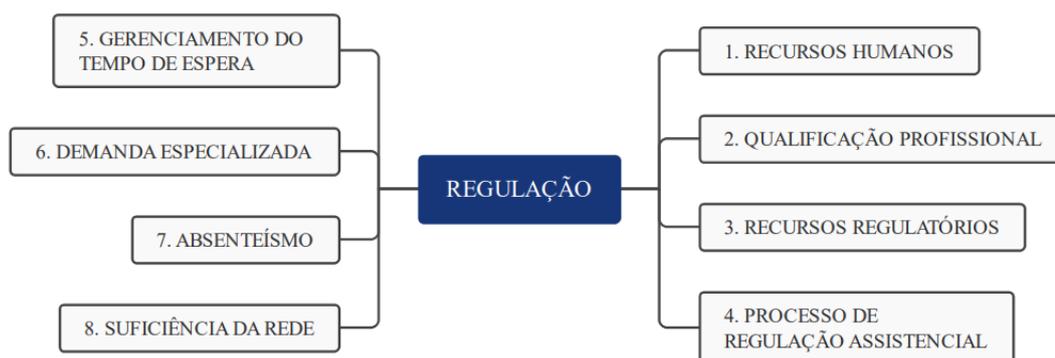
Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição, seguida de uma análise minuciosa das informações por meio de leitura e releitura. Subsequentemente, procedeu-se à exclusão dos arquivos armazenados. O processamento de dados foi utilizando o Iramuteq, que é um *software* de análise textual que opera em conjunto com o programa estatístico R, capacitando a geração de informações a partir de textos (corpora textuais) e tabelas. As conclusões dessas análises ilustram a localização e organização das palavras em um texto, bem como conexões e outros atributos textuais. Tais elementos possibilitam a identificação de

indicadores e, conseqüentemente, a representação visual instintiva da estrutura e contextos do texto sob análise (KLAMT; SANTOS, 2021).

Segundo Salviati (2017) *apud* Klamt e Santos (2021) o Iramuteq realiza análises textuais dos tipos: Estatísticas textuais, Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de Similitude; Nuvem de Palavras; Análise de Especificidades; e Análise fatorial de correspondência.

Com o objetivo de estruturar e consolidar as informações fornecidas pelos profissionais entrevistados, os dados coletados foram categorizados em um agrupamento denominado "regulação". O corpus textual foi construído mediante a identificação sistemática de características relevantes em todo o conjunto de dados do agrupamento. Considerando o questionário aplicado, o Corpus foi subdividido ao nomear temas que agruparam extratos de falas dos entrevistados, formando assim o primeiro mapa temático, conforme figura 1.

Figura 1. Mapa temático 1 - Segmento Regulação.



Fonte: Elaboração do autor (2023).

Tais elementos possibilitam a identificação de indicadores e, conseqüentemente, a representação visual instintiva da estrutura e contextos do texto sob análise (KLAMT; SANTOS, 2021).

Segundo Salviati (2017) *apud* Klamt e Santos (2021) o Iramuteq realiza análises textuais dos tipos: Estatísticas textuais, Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de Similitude; Nuvem de Palavras; Análise de Especificidades; e Análise fatorial de correspondência. Os trechos relacionados com base nas perguntas que geraram os temas, foram organizados com linhas de comando específicas.

Posteriormente, foram removidos do corpus os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), porcentagem (%) e reticências (...). Logo após, os arquivos foram salvos como documentos de texto, utilizando a codificação de caracteres no formato (Unicode) UTF-8. Após realização da preparação textual, os conjuntos de dados de cada agrupamento

intitulados com respectivos temas foram carregados no software Iramuteq. Para a análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Reinert que possibilitou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), utilizando o corpus referentes a cada tema gerado associado a cada agrupamento.

A CHD possibilitou o surgimento de um dendograma com classes de palavras que representaram o agrupamento de diferentes aspectos relacionados ao tema, bem como conexões entre si. Essas, apontaram palavras representadas por porcentagens associadas à variável P, representando assim importância de significado dentro do que foi respondido pelos entrevistados.

As palavras de maior importância e sentido presentes nas classes foram as que tiveram P igual a <0.0001 ou maior que essa numeração decimal. Dessa forma, foram selecionadas palavras por nível de importância, que levavam a extratos de fala a serem selecionados e assim agrupados dentro de cada subtema traçado anteriormente. As palavras que levavam a extratos de fala sem importância e/ou com a sigla NS (Não significativo) associada ao P, foram desconsideradas, bem como aquelas associadas a extratos sem ligação ao subtema em questão.

Para cada corpus gerado, foi apontado o aproveitamento a partir dos segmentos de texto analisados, demonstrado através de porcentagens (quadro 3).

Quadro 2. Porcentagem de aproveitamento do corpus textual.

AGRUPAMENTO REGULAÇÃO	
CORPUS	APROVEITAMENTO
1	90,24 %
2	90,24 %
3	90,24 %
4	90 %
5	70 %
6	90,24 %
7	81,82 %
8	77,03 %

Fonte: elaboração do autor (2023).

A partir da utilização do software e através do plano de análise foram geradas classes específicas para cada corpus analisado, com percentuais de aproveitamento visualizados nos quadros 3, 4, 5, 6, e 7.

Quadro 3 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 1 – Recursos humanos; Corpus 2 – Qualificação profissional; Corpus 3 - Recursos Regulatórios; Corpus 6 – Demanda especializada.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C1 37,84%	Policlínica	100	$<0,0001$

C2 35,14%	Regulação	80	0,0005
	Paciente	100	0,00108
C3 27,03%	Ressonância	100	<0,0001
	Tomografia	100	<0,0001
	Ultrassonografia	100	0,0005
	Exame	66,67	0,01691

Fonte: elaboração do autor (2023).

Observação: pelo fato do corpus 1, 2, 3 e 6 possuírem pouco volume textual, isso impossibilitou que os mesmos fossem processados no Iramuteq, sendo assim, foi realizado a junção de todos em um mesmo documento para que fosse possível o software processá-lo e submeter ao método de Reinert e assim gerar a CHD.

Quadro 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 4 – Processo de regulação assistencial.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C2 22,22%	Paciente	40	0,04252
	Requisição	50	0,04502
C3 22,22%	Vem	57,14	0,00447
	Geralmente	50	0,04502
C4 27,28%	Não	45,45	0,03582
C1 27,28%	Médico	100	<0,0001
	Relatório	80	0,00215

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 5 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 5 – Gerenciamento do tempo de espera.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C1 28,57%	Pacientes	100	0,00018
C2 35,71%	Médico	83,33	0,00128
C3 35,71%	Policlínica	83,33	0,00128
	Temos	100	0,00875

Fonte: elaboração do autor (2023).

Quadro 6 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 7 – Absenteísmo.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C1 22,22%	Mas	100	<0,0001
	Agendamento	66,67	0,04252
C2	Um	100	<0,0001

22,22%	Pacientes	75	0,00399
C3 22,22%	No	100	<0,0001
C4 16,67%	Tem	42,86	0,01738
C5 16,67%	Oitenta e cinco por cento	100	<0,0001

Fonte: Elaboração do autor (2023).

Quadro 7 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus 8 – Suficiência da rede.

CLASSE	PALAVRA	%	P
C2 31,58%	Básica	100	0,00056
	Acho	77,78	0,00115
	Ainda	83,33	0,00393
	Bastante	83,33	0,00393
	Pouco	83,33	0,00393
	Melhorar	83,33	0,00393
	Falta	70	0,00399
	Triagem	100	0,0088
C3 15,79%	Policlínica	50	<0,0001
	Porque	62,5	<0,0001
	Clínicas	75	0,00075
	Momento	60	0,00453
	Suporte	60	0,00453
	Regional	66,67	0,01303
C4 19,30%	Cidade	100	<0,0001
	Jacobina	100	<0,0001
	Como	85,71	<0,0001
	Procedimentos	100	0,00027
	Pouquinho	100	0,00027
	Deveria	100	0,00027
	Polo	66,67	0,00188
	Necessidade	66,67	0,03268
C1 33,33%	Ele	100	0,00093
	Pressão arterial	100	0,00093
	Vaga	100	0,00335
	Tem	54,17	0,00443
	Aqui	83,33	0,00602
	Exames	83,33	0,00602
	Menos	100	0,01184
	Paciente	80	0,02047

Fonte: elaboração do autor (2023).

Após seleção dos extratos de fala, foi realizada análise temática dedutiva, considerada também como análise teórica (BRAUN, CLARKE, 2006), onde, os temas identificados previamente tiveram estreita ligação com às perguntas aplicadas aos participantes, interesse teórico e epistemológico do pesquisador, interligados assim com um quadro de análise pré-existente, conforme categorias temáticas traçadas previamente. O quadro 9 descreve todas as fases dessa metodologia de análise.

Quadro 8. Fases da análise temática.

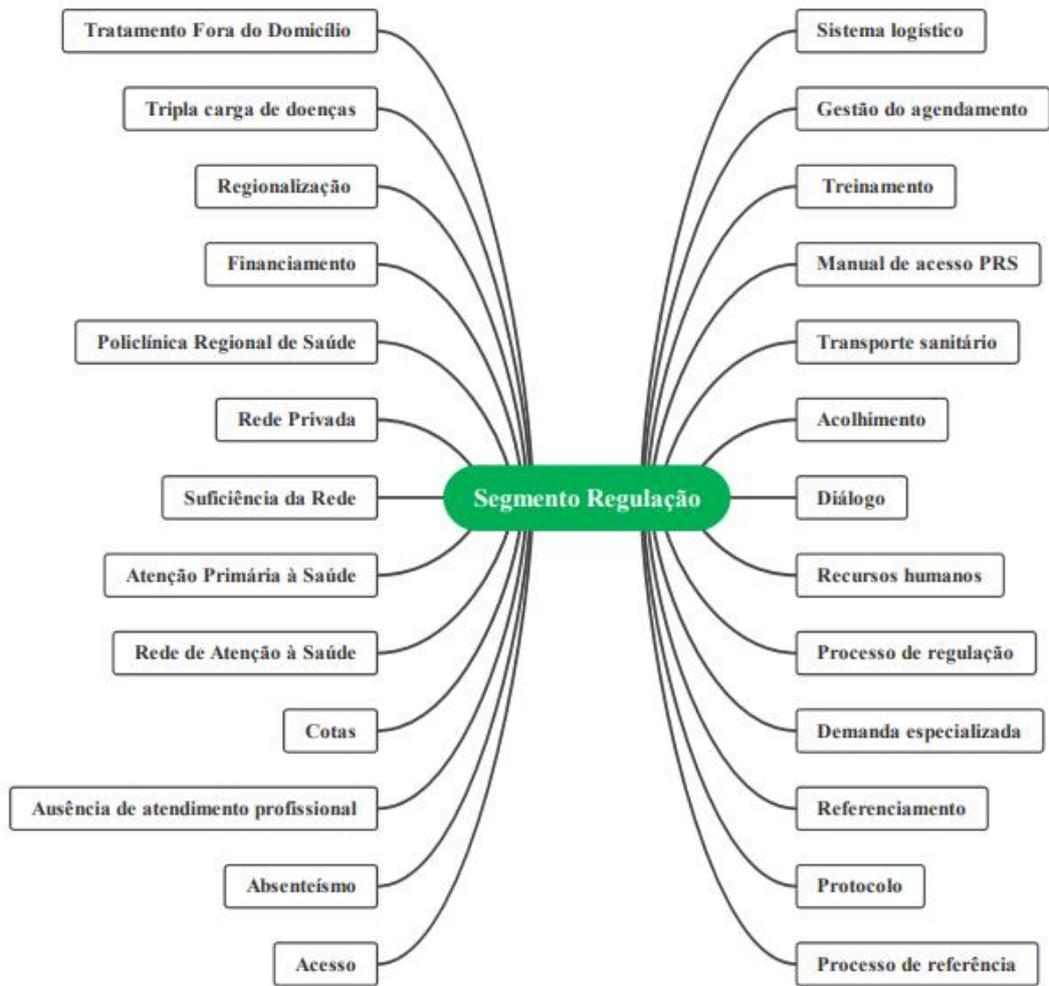
FASES	DESCRIÇÃO DO PROCESSO
1. Familiarizando-se com os dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2. Gerando códigos iniciais	Codificar características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, reunindo extratos relevantes para cada código.
3. Procurando por temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4. Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5. Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6. Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

Fonte: (BRAUN, CLARKE, 2006).

A análise temática teórica implica em uma detalhada descrição dos elementos contidos nos dados, conforme descrito por Braun e Clarke (2006). Os temas foram antecipadamente identificados através de uma abordagem que se concentra no nível semântico, onde esses temas surgem a partir dos significados explícitos ou superficiais encontrados nos dados. Os dados foram analisados sob a perspectiva do arcabouço teórico de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Após uma análise detalhada dos conjuntos de dados da pesquisa, foi traçado um mapa temático preliminar. Em seguida, por meio do uso do Iramuteq para processamento dos dados, foram selecionadas as palavras mais relevantes dentro dos conjuntos de dados, resultando na escolha de trechos de discurso específicos. Esses trechos foram então submetidos a um processo de codificação, o que levou à identificação de novos temas, os quais foram representados em mapas, como ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Mapa temático 2 – Segmento Regulação.



Fonte: elaboração do autor.

Após uma revisão dos temas, comparando o primeiro e o segundo mapa temático, levando em consideração que muitos deles estão relacionados a conceitos mais amplos, o mapa temático final traz duas dimensões, regulação assistencial e suficiência da rede (Figura 3).

Figura 3. Mapa temático final – Sistematização dos temas para análise - Segmento Regulação.



Fonte: elaboração própria (2023).

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Essa categoria analisa o papel da regulação assistencial na integração da APS com AAE. O processo de regulação do acesso descrito considerando recursos humanos, qualificação profissional, procedimentos regulatórios, gestão do tempo de espera, índices de absenteísmo e acessibilidade.

Neste estudo, regulação assistencial também chamada de regulação de acesso é compreendida conforme a Política Nacional de Regulação do SUS, instituída em 2008, através da Portaria Ministerial nº 1559/2008, ação de disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Os sistemas de acesso regulado aos serviços de saúde consistem em estruturas operacionais que facilitam a conexão entre a disponibilidade de serviços de saúde e a procura por eles, com o objetivo de organizar o acesso com base em níveis de risco e diretrizes estabelecidas nos protocolos assistenciais de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Para sua operacionalização é essencial a existência de trabalhadores em quantidade suficiente e qualificação necessária a execução das atividades inerentes ao setor. Os achados apontam que o número de pessoas lotadas nas centrais de marcação de consulta municipais difere bastante, no município distante da sede da região, a equipe é composta por dois (02) funcionários enquanto que o município polo o staff é formado por quinze (15) trabalhadores, incluído um diretor. Chama atenção que em ambos não existe a figura do médico regulador.

[...] Tem eu (coordenadora) e uma técnica da regulação, duas pessoas (E06).

[...] Tem eu que sou técnica da regulação e a coordenadora (E07).

[...] São quinze funcionários dividido em quatro setores (E01).

[...] No momento sou eu e Y e o coordenador X (E10).

[...] Temos A, B, C e D, então todos eles são reguladores, não é? São reguladores assim, que trabalha no setor de regulação, mas reguladoras oficiais são eu, E, F e G, além do diretor.

No que se refere à qualificação profissional, fica evidente, com base nas declarações dos profissionais de regulação, que todos eles recebem capacitações oferecidas pela PRS, e esses treinamentos são realizados de forma periódica.

[...] Esse treinamento foi na policlínica, inclusive recente, tem dias... Então assim é de fundamental importância sim ter o treinamento. Então a policlínica dá o treinamento periódico, está sempre atualizando (E18).

[...] Para a Policlínica sim, nós recebemos a formação e também tem o pessoal que dá sempre o suporte, esse acompanhamento sempre quando precisamos. Todos os reguladores tiveram acesso a esse treinamento (E06).

[...] Sim. O treinamento foi muito bom, muitas coisas boas para nós fazermos, coisas novas, sobre o sistema, sempre nós temos, a cada mês a gente tem o treinamento, muito bom (E07).

[...] Então como nós somos regulares, fomos acionados recentemente. Nós vamos receber treinamento agora na próxima semana (E10).

Uma das metas dos sistemas de acesso regulado à atenção à saúde é manter uma equipe de profissionais devidamente capacitados para conduzir a regulação do acesso (OPAS, 2011). É positiva a iniciativa da PRS de investir no treinamento dos trabalhadores que atuam nas centrais municipais de regulação.

O processo regulatório do acesso à assistência dos municípios analisados, conforme falas de profissionais da regulação, operacionaliza-se com a presença dos seguintes aspectos: acolhimento ao usuário, realização de triagem, presença de relatório médico, requisição médica, encaminhamento à lista de espera.

[...] Nós acolhemos o paciente, a requisição, é feita uma triagem, essa requisição, ela vai para uma lista de espera porque geralmente não temos vagas para todos e a partir dessa lista de espera vamos determinar a prioridade (E01).

[...] Geralmente as pessoas vem das UBS né? Ou hospitalar pós alta. E vem com a solicitação que nós chamamos guias SUS né? Se for exames, procedimentos como exames, nós marcamos com cartão SUS, RG e o pedido médico, se for ecocardiograma ou outros procedimentos mais avançados, tem que ter relatório médico, encaminhando o paciente, por que ele está indo para esse profissional (E18).

[...] Então, abrindo a vaga cadastramos, agendamos o paciente, anexa esse agendamento à requisição, informa o paciente, data, horário e as orientações para cada tipo de procedimento, seja consultas ou exames (E01).

[...] Paciente chega com Cartão do SUS, para cadastrar o paciente, requisição, encaminhamento médico, Registro Geral, relatório (E07).

A regulação do acesso no país tem sido operada a nível de centrais municipais, apesar de haver recomendações de maior participação da APS, prática denominada de micro regulação, dado ao seu papel na rede – base e coordenadora do cuidado (OLIVEIRA, 2016). Nesse sentido, concorda-se com Vilarins, Shimizu, Gutierrez (2012), quando reiteram sobre a necessidade de a APS assumir o protagonismo nos processos regulatórios de acesso a outros serviços, de modo a dar concretude a sua função de coordenadora do cuidado.

A regulação do acesso é um tema recorrente no Brasil quanto em outros países, porém precisa transpor a discussão do monitoramento de filas e ampliação do acesso, atingindo a estruturação da rede com vistas a garantir o acesso em tempo oportuno (CONNIL, GIOVANELLA, ALMEIDA, 2011). Assim, é oportuno refletir sobre o modelo de regulação

assistencial operada no contexto estudo, em especial no que tange a integração da APS com a AAE.

O manual de acesso à PRS indica que o agendamento de consultas, exames e demais procedimentos ocorrerá de acordo com a fluxo organizacional do município, sendo imprescindível a exibição do Cartão Nacional do SUS, bem como os documentos indispensáveis para encaminhamento conforme delineados no protocolo da PRS. Durante o procedimento de agendamento, o paciente deve comunicar caso haja a intenção de fazer uso do micro-ônibus fornecido pela Policlínica (BAHIA, 2017).

A gestão do acesso aos serviços de saúde é realizada através de uma requisição feita por um profissional ou por um serviço solicitante a uma central de regulação que utiliza um software eletrônico para agendar o atendimento com um prestador adequado, visando garantir um atendimento eficiente e de alta qualidade ao paciente, seguindo os fluxos de atenção previamente estabelecidos (MENDES, 2011).

A regulação municipal é encarregada de utilizar o SIGES para verificar a disponibilidade de vagas adequadas ao município em termos de data e horário. Posteriormente, é responsável por agendar consultas e/ou exames para os pacientes, fornecendo um comprovante que o usuário deve apresentar no momento de embarcar no micro-ônibus da Policlínica ou ao chegar à própria unidade (BAHIA, 2017).

Cabe ao município que faz a solicitação fornecer as instruções corretas sobre a data, horário, utilização do micro-ônibus da Policlínica e os preparativos necessários para a realização do exame, de acordo com as diretrizes do protocolo de acesso. Além disso, é responsabilidade desse município garantir o transporte dos pacientes, caso o número de lugares disponíveis para os cidadãos do município no micro-ônibus da Policlínica tenha sido excedido (BAHIA, 2017).

O Complexo Regulador é constituído por uma ou várias unidades designadas como Centrais de Regulação, as quais desempenham a função de intermediar todo o aspecto operacional do processo regulatório. Em outras palavras, essas centrais recebem as solicitações de atendimento, realizam o processamento e coordenam os agendamentos correspondentes (OPAS, 2011).

Percebe-se uma forte normatização para acesso aos serviços oferecidos na PRS por parte dos municípios consorciados. Compreende-se que tal medida tenta responder ao que preconiza as normas do SUS no que tange a regulação assistencial, com vistas a organização, o controle, o gerenciamento, a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais. Por outro lado, esse modelo favorece a manutenção da frágil interface entre a APS e AAE (CAVALCANTI, CRUZ,

PADILHA, 2018), situação que compromete a consecução da integralidade e continuidade do cuidado.

Os profissionais da regulação entrevistados, citam o Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES) como o sistema onde são realizados os agendamentos para atendimento na PRS.

[...] A regulação para a policlínica é feita por um sistema informatizado. Então, nesse sistema a gente tem acesso a nossas vagas mensais. É agendada a consulta mediante a solicitação médica. Então é pelo sistema informatizado, Sistema Integrado de Gestão da Saúde (SIGES) (E01).

[...] Tem um sistema que é o sistema da policlínica, que é todo agendado, todo o via sistema, horário, data e tem as especialidades, é tudo certinho, tudo agendado (E18).

[...] É o site, o sistema de regulação, o Sistema Integrado de Gestão da Saúde (E10).

[...] Existe também um sistema de regulação (E06).

Consoante manual de acesso à PRS, a marcação de consultas, exames e procedimentos será realizada através de um sistema dedicado exclusivamente a agendamentos e atendimentos na Policlínica, o Sistema Integrado de Gestão em Saúde - SIGES. Nesse sentido, a administração da Policlínica fornecerá detalhes acerca da disponibilidade de vagas por intermédio do SIGES (BAHIA, 2017).

A implementação de uma infraestrutura de rede informatizada para dar suporte ao processo de regulação do acesso é uma das finalidades dos sistemas de acesso regulado à atenção à saúde (OPAS, 2011). A regulação municipal tem a tarefa de utilizar o SIGES para verificar a disponibilidade de vagas no município, em termos de dia e horário, a fim de agendar as consultas e/ou exames para os pacientes. (BAHIA, 2017).

Conforme estudo de Batista *et al.* (2019) são atribuições das centrais de regulação: integrar-se aos processos autorizativos, seguindo os protocolos estabelecidos previamente; gerenciar e acompanhar a ocupação de leitos e agendas nas unidades de saúde; assegurar o controle dos limites físicos e financeiros dos serviços sob regulação, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI); aplicar os critérios de avaliação de risco, priorização de atendimentos e diretrizes de encaminhamento, conforme acordado previamente entre as partes envolvidas e executar a regulação do processo assistencial, com base nos protocolos estabelecidos para tal.

O manual de acesso à PRS é mencionado por todos os entrevistados como um guia orientador dos processos. Para um dos entrevistados da sede da região o manual melhora a eficiência na alocação de vagas, tornando mais acessíveis as consultas e procedimentos para usuários com maior necessidade.

[...] Temos o protocolo de acesso da policlínica, para os exames, para consulta (E06).

[...] E aí na regulação, passamos a adotar a medida de solicitar relatório médico para todas as consultas e procedimentos. É tanto que é um procedimento do protocolo da policlínica que está sendo cobrado recentemente (E01).

[...] Eu acredito que o protocolo da Policlínica Regional de Saúde é um documento que auxilia muito na otimização das vagas, porém, não tem sido muito apreciado nos últimos tempos e quando nós deixamos de cumprir o protocolo da policlínica, acabamos dificultando o acesso aos exames e consultas especializadas para aqueles usuários que mais precisam (E17).

Entende-se que a existência do SIGES e do Manual de acesso a PSR são ferramentas importantes na regulação assistencial na região. Apesar do seu uso contribuir para o acesso e equidade em saúde, os modos de organização dos serviços podem influenciar o acesso e utilização dos mesmos (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

Para além de tais ferramentas, a análise documental revelou a existência de outros instrumentos a serem utilizados no processo de regulação de acesso como, critérios de classificação de risco, priorização dos atendimentos de acordo com os fluxos estabelecidos e gerenciamento tempo de espera. Ao cotejar esse dado com a falas dos respondentes, identificou-se que a classificação de risco não foi mencionada de modo explícito, mas que os operadores buscam priorizar o acesso.

[...] é feita uma triagem, essa requisição, ela vai para uma lista de espera porque geralmente não temos vagas para todos e a partir dessa lista de espera vamos determinar a prioridade (E01).

[...] Nós temos uma lista de espera, à medida, porque as vagas mensais, são uma quantidade, não dá pra suprir, nós mandamos aquilo dentro do quantitativo de vagas e de acordo também com a urgência do paciente. Nós fazemos isso, priorizamos alguns casos devido as questões de saúde (E06).

[...]pela demanda do município ser grande, nós temos trabalhado com o cadastro, e aí a verificamos a urgência do paciente, a necessidade maior e aí vamos encaixando de acordo a demanda (E10).

[...] tem pacientes que precisam, que ficam aguardando mais de um mês, porque o caso dele é possível, que ele espere, já tem pacientes por exemplo, um paciente cardiopata que tem falta de ar, que está com a crise, nós não podemos deixar tanto tempo esperando (E10).

[...] Nós temos as datas, colocamos, temos um caderno de registro, colocamos a data que o paciente entregou, e aí nós priorizamos alguns também, os que não tem condição nós priorizamos, o que mais precisa (E07).

Consoante manual de acesso, é necessário que os municípios informem à administração da Policlínica sobre a presença de pacientes em lista de espera durante o mês, indicando a especialidade ou exame necessários. Dessa maneira, a direção da Policlínica poderá aprimorar a gestão das vagas, aproveitando horários de pacientes que desistiram ou não poderão

comparecer. A administração então comunicará a disponibilidade da vaga ao regulador do município com, pelo menos, 12 horas de antecedência (BAHIA, 2017).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde buscam alcançar diversos objetivos, incluindo a criação de um acesso bem estruturado, que seja igualitário, transparente e seguro, bem como a orientação desse acesso com base nas necessidades individuais e riscos dos usuários (OPAS, 2011).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde pretendem também alcançar o desenvolvimento e a atualização constante de protocolos de atenção à saúde que direcionem o processo de regulação do acesso. Além disso, buscam estabelecer sistemas de monitoramento e avaliação das atividades, resultando na produção de relatórios padronizados como parte desse processo (OPAS, 2011).

É de extrema importância ampliar o escopo da abordagem clínica para não se restringir apenas ao tratamento das doenças, mas também para abarcar a compreensão das questões vinculadas à saúde. Isso implica em analisar as circunstâncias que contribuem para o aumento do risco ou da vulnerabilidade das pessoas (BRASIL, 2011).

Nesse âmbito, a gestão da clínica compreende a implementação de abordagens de gestão detalhada nos serviços de saúde, visando: a) assegurar a adesão a padrões clínicos de excelência; b) otimizar a eficácia; c) diminuir os riscos para tanto os usuários quanto os profissionais de saúde; d) fornecer serviços eficazes; e) aprimorar a qualidade da assistência à saúde (BRASIL, 2019).

Nota-se a inexistência de interação/comunicação da equipe de regulação com os profissionais da APS e PRS. Em estudo realizado sobre o processo de regulação nas unidades de Atenção Primária do município a partir dos seus operadores locais, os autores apontaram como ganhos: maior proximidade dos pacientes/usuários e, conseqüentemente, com maior compreensão das principais necessidades do território e dos usuários; a agilidade na regulação; e a interação local e as oportunidades de discussão entre colegas de regulação, com reflexos na melhor gestão das solicitações, filas e vagas e na qualidade dos encaminhamentos/solicitações (SILVA JUNIOR *et al.*, 2022).

O tempo de espera na fila para conseguir agendamento na PRS foi um outro aspecto revelado. [...] *tinha pacientes que vinha, por exemplo, três, quatro meses pra fazer um ultrassom e ele nunca conseguia (E18)*. No âmbito do SUS, o tempo para acesso à atenção especializada se constitui num desafio, assim como em outros países. Diversos estudos vêm destacando questões importantes acerca da regulação do acesso, como a gestão das ofertas

assistenciais por diferentes centrais de regulação, resolutividade e capacidade da APS, escassez ou insuficiência na capacidade instalada da rede, dentre outras (PINTO *et al.*, 2017).

Uma maneira de avaliar o acesso aos serviços de saúde é considerando a conveniência que eles oferecem. A conveniência engloba, entre outros aspectos, o tempo de espera para o atendimento, a disponibilidade de horários convenientes, a facilidade de agendamento, entre outros fatores (BRASIL, 2019).

Os processos de regulação devem ser concebidos com base nos princípios estabelecidos na Constituição, os quais não apenas garantem o direito à saúde, mas também preservam o direito à vida. Isso nos capacita a avançar além de uma abordagem meramente administrativa, normativa e burocrática, adotando uma perspectiva mais compassiva e empática, que esteja alinhada com as necessidades reais dos usuários (FREIRE, 2017 *apud* BATISTA *et al.*, 2019). Nesse sentido, a regulação se converte em um processo genuinamente centrado no usuário e em suas reais necessidades (BATISTA *et al.*, 2019).

Um outro problema evidenciado, foi o absenteísmo dos usuários às consultas e exames agendados na PRS, tendo como principais motivos problemas de saúde e esquecimento.

[...] É mais por algumas intercorrências que acontecem, mas não perde o agendamento, nós reagendamos outra data. [...] E eles retornam para nós e nós encaixamos outra pessoa. De cem por cento, acho que uns dez por cento (E18).

[...] Então a principal causa mesmo da falta, seria por questão de saúde e outros, por questão de esquecimento (E01).

[...] Alguns pacientes chegam dizendo para nós: é porquê esqueceu, outro teve um problema de saúde ou teve outra coisa, ele acabou não indo, então os que chegam para nós relatam isso, que acabou esquecendo, que acabou tendo outro imprevisto e não foi. (E06).

[...] Enfim, tem uns que nós mandamos ir no dia e esquece também o agendamento, sendo que nós damos o agendamento em mãos. Tem pessoas que adoecem no momento e não tem como ir. Não tem como cancelar e colocar outra pessoa, se não perdemos a vaga, entendeu? Mais ou menos uns sessenta a setenta por cento vão, (E07).

Um dos desafios mais significativos à regulação em saúde é acompanhar e avaliar a viabilidade de estabelecer uma comunicação entre sua abordagem tradicional, que frequentemente se apoia em normas rígidas com pouca ou nenhuma margem para adaptação, e as abordagens inovadoras, que se concentram nas necessidades de saúde do usuário, buscando maior flexibilidade (BATISTA *et al.*, 2019).

Beltrame *et al.* (2019) afirmam que o absenteísmo é um fenômeno multifatorial, relacionado ao usuário e a gestão do sistema de saúde, destacando o esquecimento, tempo de

espera, falha na comunicação, agendamento inadequado e outros fatores de difícil controle como o estado de saúde do usuário.

Por outro lado, as taxas na América do Sul e no país são altas quando comparadas a de outros países (POSTAL *et al.*, 2021). A taxa de absenteísmo às consultas médicas varia de 5 a 55 % entre os países, os sistemas de saúde e os diferentes contextos clínicos. No mundo a média de absenteísmo em consultas é de 23,0 %. No Brasil observam-se taxas de 52% em São Paulo a 32,17% no Ceará (GRASSI RODRIGUES *et al.*, 2020).

Na literatura são descritas diversas estratégias voltadas a reduzir as taxas de absenteísmo, como visita dos agentes comunitários de saúde (ACS), para lembrar os usuários sobre a data da consulta, técnica de overbooking, a confirmação de consulta por telefone e a disponibilização de horários alternativos e o envio de lembretes por Short Message Service (SMS) (ÁVILA, BOCCHI, 2013). Pensar em medidas que visem reduzir o absenteísmo mostra-se como uma ação necessária para melhor o acesso e a satisfação do usuário.

Um dos desafios mais significativos à regulação em saúde é acompanhar e avaliar a viabilidade de estabelecer uma comunicação entre sua abordagem tradicional, que frequentemente se apoia em normas rígidas com pouca ou nenhuma margem para adaptação, e as abordagens inovadoras, que se concentram nas necessidades de saúde do usuário, buscando maior flexibilidade (BATISTA *et al.*, 2019).

Com a finalidade de evitar a desocupação de vagas destinadas aos residentes do município e aprimorar o acesso à Policlínica, é importante que o município instrua os pacientes a notificar previamente a regulação municipal caso haja desistência ou impossibilidade de viajar até a Policlínica. Isso permitiria que o município pudesse realocar a vaga de forma adequada ou informar à administração da Policlínica, com um aviso antecipado de, no mínimo, vinte e quatro horas antes do horário agendado para o atendimento ao paciente (BAHIA, 2017). No entanto, é visível que os reguladores não possuem conhecimento sobre essa estratégia.

Os profissionais da regulação mencionaram o transporte sanitário como uma estratégia para facilitar o acesso dos usuários a consultas e procedimentos na PRS:

[...] Existe um ônibus também que leva e que traz esses pacientes todos os dias, com motorista responsável por levar e trazer esses pacientes todos os dias (E06).

Adicionalmente, é incumbência do município gerenciar e estruturar diariamente o grupo de pacientes que utilizará os lugares disponíveis no micro-ônibus da Policlínica. Para essa

finalidade, é necessário que o motorista da Policlínica receba a relação contendo os pacientes agendados e aqueles que utilizarão o micro-ônibus, incluindo seus acompanhantes correspondentes (BAHIA, 2017).

A garantia do transporte sanitário pela PRS aos municípios consorciados é percebida como uma providência valiosa para favorecer o acesso do usuário aos serviços oferecidos na referida unidade. Contudo, esse mecanismo não é garantido para os usuários residentes no município onde a PRS está localizada.

[...] Existe um ônibus também que leva e que traz esses pacientes todos os dias, com motorista responsável por levar e trazer esses pacientes todos os dias (E06).

Estudos apontam que o deslocamento para ter acesso a serviços de saúde é caro e oneroso para usuários que vivem em outros municípios ou em áreas rurais, podendo resultar adiamento ou desistência (LIMA *et al.*, 2022). Para Almeida, Silva, Bousquat (2022) a disponibilidade de transporte sanitário é um recurso tão ou mais crítico que a própria oferta de serviços de saúde. Assim, o sistema de transporte sanitário é entendido como transversal a RAS, imprescindível para viabilizar fluxos e contrafluxos, sendo um recurso logístico estratégico na mediação do acesso à AAE (MENDES, 2011).

O processo de regulação de acesso requer investimento significativo de recursos humanos, financeiros e operacionais, além da adoção de tecnologias apropriadas, a fim de assegurar que a implementação prática ocorra de maneira eficiente, eficaz, justa e equitativa (BRASIL, 2019).

A PNAES inclui, entre suas orientações, a qualificação na regulação assistencial, inserindo o usuário como foco, visando proporcionar cuidados eficazes. Isso envolve garantir a integralidade por meio de critérios claros, equânimes e alinhados com diretrizes clínicas compartilhadas pelos serviços da RAS. O objetivo é monitorar e reduzir os tempos de espera, minimizar o absenteísmo, evitar procedimentos desnecessários, aumentar a transparência, fortalecer a coordenação do cuidado e promover a vinculação, corresponsabilização e comunicação entre as equipes demandantes, ofertantes e os usuários (BRASIL, 2023).

SUFICIÊNCIA DA REDE

Nessa categoria buscou-se discorrer sobre a RAS em sua dimensão suficiência, tendo como traçador a atenção a pessoa com HAS.

Os dados apontam que na perspectiva dos operadores da regulação, a RAS atende às necessidades de saúde de forma parcial. No caso do município distante da sede da região, a

atenção hospitalar mostra-se como um complicador, pois relatam dificuldade na condução de situações que necessitem deste tipo de atendimento.

[...] Atende em partes, mas eu acredito que como um todo, não. Principalmente, por exemplo, XXX, nós não detemos de um hospital, então assim, precisamos estar encaminhando para YYYY, que é o mais próximo, que temos essa pactuação e as vezes tem pacientes que não conseguem esse atendimento, então acabam voltando (E06).

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) implica na definição da região de saúde, o que compreende a delimitação de seus limites geográficos e da população a ser atendida, bem como a especificação dos serviços e ações a serem oferecidos nessa área. As funções e obrigações dos locais que prestam cuidados abrangentes estão intrinsecamente ligadas à cobertura populacional, à acessibilidade e à capacidade de oferta de serviços de maneira eficiente (BRASIL, 2019).

Transpor a ideia de organização da RAS considerando apenas os serviços ambulatoriais de média e alta complexidade é premente. Neste aspecto, Negri Filho e Barbosa (2014) salientam que pensar o hospital no contexto de redes regionalizadas, pode contribuir para romper com o paradigma vigente e situá-lo como um conjunto de serviços que se articulam em diferentes níveis de atenção conforme a natureza da inserção na RAS e linhas de atenção e cuidados.

A fase de execução de uma política pública pode, em certos casos, funcionar como uma extensão dos conflitos que surgiram nas etapas anteriores do ciclo político. Esses desacordos têm o potencial de criar consideráveis obstáculos à implementação (Nicholson-Crotty, 2005, conforme citado por HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Portanto, é fundamental reexaminar os processos de pactuações estabelecidos na região, uma vez que, na prática, ao invés de colaboração, observa-se competição entre os municípios, resultando na dificuldade de acesso pelos municípios menores aos serviços de saúde pactuados.

A suficiência diz respeito à disponibilidade de uma gama adequada de medidas e serviços, tanto em termos de quantidade como de qualidade, a fim de atender às necessidades de saúde da população. Isso compreende a prestação de cuidados em diversos níveis, incluindo cuidados primários, secundários, terciários, serviços de reabilitação, prevenção e cuidados paliativos, todos entregues com um alto nível de excelência (BRASIL, 2019).

É claramente perceptível, a partir das declarações dos especialistas em regulação, que os serviços de nível secundário enfrentam diversas insuficiências no que diz respeito à sua capacidade de atender às demandas de saúde da região.

A RAS é organizada com base em um modelo de gerenciamento clínico que incorpora a utilização de critérios de eficiência econômica em nível local para a distribuição de recursos. Isso é alcançado por meio de um planejamento, gestão e financiamento colaborativos entre os entes governamentais, com o objetivo de desenvolver soluções integradas para políticas de saúde (BRASIL, 2019).

A falta de suficiência da RAS na região é caracterizada pela baixa quantidade de oferta de consultas especializadas como consulta com cardiologista e exames de apoio diagnóstico terapêutico, a saber, USG com doppler e endoscopia são alguns exemplos. E sinalizam para a carência de consultas com endocrinologista, otorrinolaringologista e proctologista, sendo que para essa especialidade é preciso referenciar à unidades localizadas em Salvador, capital do estado, distante da sede da região cerca de 339Km com tempo de deslocamento médio de cinco (05) horas.

[...] Ultrassom, ressonância, mamografia que bate o record; Endoscopia, Cardiologia. Cardiologia é consulta e exames, que temos mapa, holter, eletro e agora o eco. Pouco demais! Um exemplo, um ultrassom com doppler, vamos colocar seis para sessenta pessoas, para setenta (E18).

[...] Ressonância, tomografia, ecocardiograma, raio_x é muito solicitado, nós conseguimos muito. Eletroencefalograma também é muito pedido [...] Outros médicos que tipo na Policlínica não tem e aqui precisa muito, seria muito bom também. Endocrinologista que começou a ter lá no início e parou, endocrinologista, otorrinolaringologista, principal, o que é mais pedido são esses dois médicos. (E07).

[...] Mamografia, tomografia, ressonância, ultrassonografia. Coloproctologista não temos; temos só procedimentos como colonoscopia, retossigmoidoscopia, mas o atendimento médico geralmente tem que ser encaminhado para Salvador (E10).

A necessidade de encaminhamento à capital do estado, Salvador, para consulta com determinados especialistas e a insuficiência de cotas de atendimento são obstáculos que destacam a necessidade de uma reavaliação na alocação de recursos e no planejamento da RAS.

Em serviços de alta complexidade tecnológica, a falta de especialistas representa uma das principais barreiras para a implementação de uma atenção à saúde que priorize os atributos da integralidade e da coordenação (ZAMBENEDETTI, 2016; MONTEIRO, 2019 *apud* KINALSKI *et al.*, 2021).

Quando se trata da resposta da RAS ao cuidado das pessoas com HAS, foram identificados vários desafios, incluindo quantidade insuficiente de cardiologistas na região,

número elevado de pessoas com HAS em decorrência do estilo de vida, baixo número de cotas para atendimento, resultando em longo tempo de espera para agendamento.

[...] Um exemplo: cardiologista são trinta e oito vagas para quatrocentos agendamentos. Pouco demais! [...] E a população está necessitando muito fazer essa feira de ultrassom, nós estamos com quase três mil pessoas na fila de espera (E18).

[...] A população mudou a forma de viver e infelizmente tem muito paciente hipertenso, muito paciente cardiopata. Sim, temos dois cardiologistas na policlínica. Olha, eu acho que se abrisse mais uma quantidade, seria melhor. Temos aproximadamente, mais de duzentos pacientes esperando só consulta (E10).

[...] Na realidade o que o município recebe não dá para suprir a necessidade do hipertenso. Mais vai indo um mês conseguimos, outro mês não, mais dá para encaixar, apesar de que as vagas poderiam ser aumentadas, tem muitos pacientes hipertensos aqui (E07).

A escassez de profissionais em especialidades como a cardiologia, aliada ao alto número de pacientes com HAS, gera longos períodos de espera para atendimento, colocando em evidência a necessidade de aumentar a capacidade de atendimento especializado na região.

A ausência de coordenação na RAS, juntamente com a oferta inadequada, tem um impacto prejudicial no acesso aos serviços especializados, que é amplamente reconhecido como o principal desafio do SUS (ALMEIDA et al., 2010).

A dificuldade de acesso a AAE compromete a continuidade e a integralidade do cuidado. Fatores como a baixa valorização da APS, insuficiência de oferta, grande demanda por consultas médicas especializadas, processo de trabalho médico centrado, forte dependência da iniciativa privada e modelo de financiamento adotado são alguns condicionantes que podem explicar a realidade retratada.

A PNAES estabelece como uma das premissas fundamentais a ampliação e asseguramento do acesso da população a serviços especializados de forma oportuna. Isso deve ocorrer com referência territorial e consideração das necessidades regionais, objetivando assegurar a equidade no atendimento, a qualidade dos cuidados prestados, a integralidade do serviço e, por conseguinte, a otimização da aplicação dos recursos financeiros com maior efetividade e eficiência (BRASIL, 2023).

A organização da rede de atenção à saúde se fundamenta em três princípios fundamentais: economia de escala, qualidade e acessibilidade. A economia de escala surge quando os custos médios a longo prazo diminuem à medida que o volume de atividades aumenta, distribuindo os custos fixos por um maior número dessas atividades. Portanto, a concentração de serviços em um local específico possibilita a otimização de resultados e a eficiência na gestão de custos, principalmente quando os insumos tecnológicos ou recursos

humanos necessários para esses serviços tornam impraticável sua implantação em cada município individualmente (BRASIL, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração da APS e AAE na perspectiva dos operadores da regulação assistencial dos municípios selecionados que integram uma região de saúde da Bahia tem como determinantes o processo regulatório e a suficiência da RAS.

Os dados apontam que o processo regulatório é uma ação centralizada em um setor que compõe a estrutura organizacional das Secretarias de Saúde. A equipe responsável difere muito entre os municípios estudados, situação explicada a partir do porte populacional e do seu papel na organização da RAS.

Os procedimentos adotados para agendamento e acesso aos serviços da PRS são mediados por um Manual de Acesso e contam com o SIGES, sistema utilizado para marcação de consultas e/ou procedimentos. Não existe comunicação entre os profissionais da APS e os operadores da regulação. Apesar da APS conformar-se no centro de comunicação da RAS e coordenadora do cuidado.

A implantação da PRS representou um avanço importante para a estruturação da RAS e ampliação da oferta, todavia, grande de demanda, insuficiência e/ou indisponibilidade de consultas e procedimentos resultam em longas filas de espera por parte da população referenciada. Em contrapartida, ficou evidente absenteísmo no serviço, mas sem uma efetiva de gestão da fila voltada a mitigar tal situação.

Apesar dos limites do estudo, considerando se tratar de um estudo de caso, seus resultados apontam para problemas comuns vivenciados em outras realidades do país. Reforça que a implantação de novos serviços de média e alta complexidade não são suficientes para superar a fragmentação do cuidado, se não estiverem em conformidade com a PNAES.

Medidas direcionadas ao fortalecimento da APS, consoante PNAB e PNAES de modo que as equipes possam atuar de fato como centro de comunicação e coordenação da RAS, parecem ser estratégias valiosas para garantir a integração da APS com AAE, condição essencial para a efetividade do atributo da continuidade e longitudinalidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. DE .; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A.. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 4025–4038, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y8JYvHKBZxLmnTW6RMKGM7J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2023.
- AVILA, M. A. G. DE .; BOCCHI, S. C. M.. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 193–197, fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/nDLwxBwmrP75d9JSw65B8pL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 out. 2023.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Protocolo de intenções – Consórcio Região de Saúde de Jacobina**. Salvador-BA, 2017. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=protocolo_intencoes&COD_IBGE=291750. Acesso em 20 de set. 2021.
- BAHIA. Planejamento Regional Integrado: Macrorregião de Saúde Centro Norte – Estado de Saúde da População. Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GT-PRI). Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). **Observatório Baiano de Regionalização**. Jun. 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PRI-AnaliseSituacao/MS-CentroNorte-ESP.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.
- BATISTA, Sandro Rodrigues; VILARINS, Geisa Cristina Modesto; LIMA, Mirlene Guedes de; SILVEIRA, Talita Braga. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6):2043-2052, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMKHxqM4Vkw5rTZBXvDdnzS/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.
- BELTRAME, S. M. et al.. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1015–1030, out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BYJbCp6ZBz9NCynKt3h3X3J/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **PlanificaSUS: Workshop 1 – A integração entre a Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, Hospital Albert Einstein, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201908/16114710-guia-workshop-1.pdf>. Acesso em: abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604 de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>. Acesso em: 20 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. p. 77-101. 2006. Disponível em: Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CAVALCANTI, RP; CRUZ, DF; PADILHA, WWN. Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cien Saude** 2018; 22(2):181-188. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/31872>. Acesso em 20 out. 2023.

CONIL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17>. Acesso em: 01 ago. 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SEIDL, Helena; GAGNO, Juliana. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate** . Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfv8NDYXSS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

GRASSI, Jonathan Rodrigues *et al.* Impacto das mensagens de texto para redução do absenteísmo às consultas especializadas: um estudo aleatorizado. **Rev. cuba. inf. cienc. salud, La Habana** , v. 31, n. 3, e1566, sept. 2020 . Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132020000300014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 28 out. 2023.

KINALSKI, Daniela Dal Forno *et al.* Linha de cuidado para crianças e adolescentes vivendo com HIV: pesquisa participante com profissionais e gestores. **Escola Anna Nery** v. 25, n.2, 2)2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JrZB768xWN45KGsvxjRPB5x/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2023.

KLAMT, Luciana Maria; SANTOS, Vanderley Severiano. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13786>. Acesso em: 20 jul. 2023.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Apr. 2021.

LIMA, J. G. et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00616190, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Dx3YmKdqfdJzMSJYBZp7KQg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 out. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; PRATES, Elton Junio Sady; VASCONCELOS, Nádia Machado; GOMES, Crizian Saar; STOPA, Sheila Rizzato; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; PEREIRA, Cimar Azeredo. Hipertensão Arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RjTZyD7WLtyQqthLsv4vC4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

NEGRI FILHO, A; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. CONSENSUS, **Revista do CONASS**, ano IV, n. 11, 2014.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. ; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_a_tencao_saude.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. **Universidade Federal do Maranhão**. UNA-SUS/UFMA. São Luís: 2016. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

PINTO, L. F. et al.. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257–1267, abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6nJCDSJZNSZBhMWDzwvmMgv/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2023.

POSTAL, L. et al.. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, jun. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMLGMTVS8LXJhyYYMfQkRtq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 out. 2023.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, Jun, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Abr. 2021.

SILVA JUNIOR, C. L. *et al.*. A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2481–2493, jun. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/YwDsd6XdT3gxjMdr5hzMNXm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2023.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: Atenção Ambulatorial Especializada**. In: GIOVANELLA, Lígia, et al (org). 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U.. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 640–647, out. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/#>. Acesso em: 17 out. 2023.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção da integração e coordenação do cuidado como uma estratégia para aprimorar o sistema de saúde enfatiza o papel central da APS como coordenadora e organizadora da RAS. Esse processo busca influenciar positivamente o acesso aos serviços de saúde, a qualidade do cuidado oferecido e a redução dos custos para o sistema. No entanto, vale destacar que existem fatores que tanto facilitam quanto limitam a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Os estudos ora apresentados elucidam a operacionalização da integração da APS com a AAE em uma realidade concreta, uma região de saúde da Bahia, sob a perspectiva de três (03) atores distintos, os profissionais da APS e AAE (**estudo I**), gestores (**estudo II**) e trabalhadores da regulação assistencial (**estudo III**).

Apesar desses atores ocuparem lugares diferenciados na organização e gestão da RAS, percebeu-se similitudes quanto as facilidades e dificuldades na integração da APS e AAE. No âmbito das facilidades foi unânime a contribuição da implantação da PRS na ampliação do acesso a atenção especializada para a região, impactando na diminuição das iniquidades locais. A disponibilidade de transporte sanitários para os municípios consorciados, utilização de protocolos e de um sistema de agendamento foram os fatores qualificados como positivos.

No caso dos profissionais existe uma visão dicotômica quanto a integração da APS com PRS, pois para os que atuam na APS essa comunicação e compartilhamento não existe, já para os que atuam na Policlínica está presente apesar de incipiente.

Para o segmento dos gestores a CIR é entendida como espaço de governança potente da RAS, pois possibilita a troca de experiência e processos de tomada de decisão a partir de consenso. Além disso, o CIS também é percebido com um outro recurso de governança regional, haja vista que conta com a participação dos prefeitos e representante do governo do Estado. A coparticipação no custeio da Estado foi avaliada como crucial para adesão dos governos municipais a proposta dos Consórcios.

No campo das dificuldades foi notório que a rotatividade profissional, a desvalorização da APS, a baixa oferta ou inexistência de algumas especialidades e exames contribuem para a ocorrência filas e longo tempo de espera para agendamento.

Para os profissionais da APS além destas dificuldades, incluíram a ausência de um sistema de prontuário único e a não disponibilização do relatório de contrarrefência pelos profissionais da PRS. Já os gestores pontuaram a questão histórica do subfinanciamento do

SUS, que foi agravada com a política de contingenciamento (EC nº 95/2016) e pela pandemia da Covid-19. A forte indução do governo federal nas pautas e a modalidade de alocação de recursos e implantação de serviços do MS são entendidas como condições que comprometem uma articulação interfederativa solidária e cooperativa.

A ausência de um espaço regional que inclua os técnicos das equipes gestoras das Secretarias Municipais de Saúde e o Consórcio, de modo permanente, foi descrito como algo que compromete a qualidade da governança regional. A composição da CIR ao ser constituída apenas por gestores municipais e representantes da secretaria de saúde estadual não favorece decisões que tenham como base critérios técnicos; o que na maioria das vezes não favorece a instituição de intervenções que fomentem o fortalecimento e aprimoramento da rede regional e responda de modo adequado às necessidades da população.

No campo da regulação assistencial, componente do SUS responsável para viabilizar o acesso do usuário em tempo oportuno a AAE e hospitalar, identificou-se que existem fluxos para encaminhamento formalmente instituídos, todavia, não é algo de conhecimento da maioria dos profissionais da APS. A inexistência de mecanismos robustos de gestão das filas de espera e de estratificação de risco clínico são outros condicionantes que comprometem a integração da APS com a AAE.

Propor ações que valorizem a APS, como fixação profissional, qualificação disponibilidade de insumos e recursos suficientes mostram-se como necessários na realidade estudada.

Incorporar os profissionais da APS aos processos de regulação assistencial, a adoção do matriciamento pelos PRS e a criação de espaços compartilhados de gestão de casos clínicos apontam-se como estratégias que podem trazer mais efetividade e racionalidade ao uso dos serviços especializados.

A abordagem do matriciamento oferece uma oportunidade significativa para elevar a qualidade da assistência, uma vez que tem o potencial de aprimorar a coordenação de procedimentos, a comunicação entre os profissionais, aprimorar as referências médicas e, como resultado, facilitar o acesso a cuidados especializados para os pacientes, promovendo uma assistência contínua e equitativa. Nesse sentido, necessita ser aprimorada no contexto analisado.

Não foram encontradas ações que promovam a implementação de uma LC na perspectiva da região de saúde, com o propósito de assegurar a continuidade do cuidado às pessoas com HAS, ordenado pela APS. As estratégias de cuidado desenvolvidas em nível regional se restringem principalmente à RUE.

A avaliação, monitoramento e pactuação são elementos cruciais na gestão da RAS. A questão do financiamento, juntamente com a má alocação de recursos são outros problemas a serem enfrentados.

Por fim, os resultados dos estudos I, II e III, verifica-se que a falta de integração entre a APS e AAE, prejudicando a continuidade do cuidado e a capacidade dos usuários acessarem os serviços. Essa fragilidade tem um impacto negativo no acesso principalmente dos usuários que vivem em regiões distantes, contribuindo para a persistência das iniquidades inter e intramunicipais.

A transferência de informações clínicas entre diferentes níveis de atenção ainda ocorre, em sua maioria, por meio de guias de referência e contrarreferência em formato não digital. Em muitas situações, o próprio paciente leva consigo um documento contendo informações clínicas e justificativas para a referência, e seria de responsabilidade do especialista registrar as informações de atendimento nesse documento. O processo de devolução das informações clínicas, do nível de AAE para a APS, foi considerado como apresentando irregularidades, com problemas relacionados à ausência e/ou qualidade dos registros, quando eles acontecem.

A utilização de ferramentas de microgerenciamento da gestão da clínica como as diretrizes clínicas e terapêuticas, juntamente com as abordagens de gerenciamento de cuidados relacionadas à HAS em todos os níveis de assistência, desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados continuados.

Superar esses desafios requer um compromisso mais profundo e a colaboração ativa dos profissionais de saúde, dos gestores e técnicos da regulação a fim de compreenderem a realidade local, identifiquem limites e possibilidades, concentrem esforços na promoção do princípio da integralidade e equidade de acesso.

Dada a realidade sistematizada, o produto técnico proposto conforma-se proposta de oficina de trabalho. Seu propósito é fomentar a integração, a comunicação e o compartilhamento de práticas assistenciais entre a APS e AAE. Essa iniciativa fomentará o primeiro contato entre os profissionais de saúde da APS de Jacobina e Umburanas com os da PRS. Adicionalmente, ela proporcionará a oportunidade de trocar experiências sobre o compartilhamento de cuidados, refletir sobre a relevância do trabalho conjunto na garantia de uma assistência integral e eficaz; e estimulará a implementação da ficha de referência e contrarreferência como um meio formal de comunicação entre a APS e a AAE.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**. v.1. Fundap: 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Abrucio/publication/242213262_Federalismo_e_politicas_publicas_o_impacto_das_relacoes_intergovernamentais_no_Brasil/links/53daadcc0cf2631430cb0fa9/Federalismo-e-politicas-publicas-o-impacto-das-relacoes-intergovernamentais-no-Brasil.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76423/80130>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. MENDES, Livia dos Santos. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação?. **Revista de Saúde Pública**, vol. 54. São Paulo, 2020. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/medicos-da-atencao-primaria-e-especializada-conhecem-e-utilizam-mecanismos-de-coordenacao/> Acesso em: 19 set. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis, *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.320-335, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/f46c8MY3bQLgJNsFY4WnMkh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2021.

ALMEIDA, Patty Fidelis; FILHO, Moacir Tavares Martins; GIOVANELLA, Ligia; LIMA, Luciana Dias de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6yHMGMLTpgsKDGdZG9QLfqN/?lang=pt> Acesso em: 23 set. 2021.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-298, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 373-398, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LKMn9GpJ637xbnqPVHSsmbJ/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, set. 2013. Disponível em: . Acesso em: 28 ago 2023.

ALMEIDA, P. F. DE .; SANTOS, A. M. DOS .. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks?. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 80, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ThGbJp54VGJ85zXNBXMfxQQ/?lang=en>. Acesso em: mai. 2022.

ARAÚJO, Francisco Regis Frota; JR., William Paiva Marques. O princípio constitucional da solidariedade e seu caráter interdisciplinar na doutrina e jurisprudência brasileiras. **Revista do curso de Metrado em direito da UFC**. 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12103/1/2008_art_frfaurojo.pdf. Acesso em: 23 set. 2021.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.138-172. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 19 set. 2021.

BAPTISTA, Sandro Rodrigues; VILARINS, Geisa Cristina Modesto; LIMA, Mirlene Guedes de; SILVEIRA, Talita Braga. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6):2043-2052, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMKHxqM4Vkw5rTZBXvDdnzS/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

BAPTISTA, T.W.F; AZEVEDO, C.S; MACHADO, C.V. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70 ed. Lisboa: Casagraf, 1977.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Protocolo de intenções – Consórcio Região de Saúde de Jacobina**. Salvador-BA, 2017. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=protocolo_intencoes&COD_IBGE=291750. Acesso em 20 de set. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Estatuto do Consórcio Público Interfederativo de Saúde Piemonte da Chapada Norte**. Salvador-BA, 2021. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/index.php?menu=estatuto&COD_IBGE=291750 Acesso em 20 de set. 2021.

BAHIA. Planejamento Regional Integrado: Macrorregião de Saúde Centro Norte – Estado de Saúde da População. Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GT-PRI). Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). **Observatório Baiano de Regionalização**. Jun. 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PRI-AnaliseSituacao/MS-CentroNorte-ESP.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador-BA, 2017. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/MANUAL%20DE%20ACESSO%20POLICLINICA.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em:

https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_04.10.2017/art_159_.asp. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 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**. Brasília, DF, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604 de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>. Acesso em: 20 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação Estruturante do SUS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf. Acesso em: 30 de mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 208 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_normas_controle_social_sus3ed.pdf. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234/92**. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/92. Brasília: Ministério da Saúde, 7 fev. 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95/2001**. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 26 jan. 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 20 mai 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf. Acesso em: 30 de mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234/92**. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/92. Brasília: Ministério da Saúde, 7 fev. 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545/93**. Norma Operacional Básica. NOB 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 20 mai. 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. p. 77-101. 2006. Disponível em: Disponível em: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 26 out. 2023. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner Souza; FERNANDES, Juliana Azevedo. **Atenção Primária e Atenção Especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

CHAVES, Lenir Aparecida; JORGE, Alzira de Oliveira; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; REIS, Ilka Afonso; SANTOS, Marcos Antônio da Cunha; SANTOS, Alaenir de Fátima; MACHADO, Antônio Tomaz Gonzaga da Matta; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xXFxFP9sbczYQpSf6CgBRDr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O Estado Federal**. São Paulo. Ática: 1986.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SEIDL, Helena; GAGNO, Juliana. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfv8NDYXSS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

FERNANDES, Igor Antônio Tavares. **Iramuteq: um software para análises estatísticas qualitativas em corpus textuais**. Rio Grande do Norte, 2019. 41 p. Monografia (Bacharelado em Estatística). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Documento eletrônico. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/34291>>. Acesso em: 15 out. 2023.

FERREIRA, Iago Gonçalves *et al.* Tele dermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996069>. Acesso em: dez 2021.

FLEURY, Sonia; OUVÉREY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007>. Acesso em 21 set. 2020.

FLEURY, Sonia *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a06.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

GIOVANELLA Lígia; MENDONÇA, MHM. **Atenção primária à saúde**. In: GIOVANELLA L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-543.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2014. p. 493- 545.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. INSTITUTE BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 /Projeção da População nas Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

IBGE. INSTITUTE BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pesquisa/37/0?tipo=ranking>. Acesso em: 19 set. 2021.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Apr. 2021.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 2003.

LEVCOVITZ, E. *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

LIMA, Luciana Dias. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2013. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

MACHADO, Cristiane Vieira. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: o papel federal no sistema de saúde brasileiro; A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2013.

Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; PRATES, Elton Junio Sady; VASCONCELOS, Nádia Machado; GOMES, Crizian Saar; STOPA, Sheila Rizzato; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; PEREIRA, Cimar Azeredo. Hipertensão Arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RjTZyD7WLtyQqthLsv4vC4s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MARQUES, A. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: estudo de caso na macrorregião norte de Minas Gerais. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 1. ed. Brasília: 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede-de-urgencia-e-emergencia-norte-minas-estudo-de-caso.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MASCARENHAS, Sidnei A. **Metodologia científica**. 2 ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2018.

Mendes EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. Brasília, DF: **Conass**, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

MENDES, E.V. Programa Mãe Curitibana: uma Rede de Atenção à Mulher e à Criança em Curitiba, Paraná. **Relatório apresentado à Organização Pan- -Americana da Saúde**, 2009. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/projetos-especiais/redes-de-atencao/oficina-de-pactuacao-da-urgencia-e-emergencia/textos-de-apoio/4213-programa-mae-curitibana-uma-rede-de-atencao-a-mulher-e-a-crianca-em-curitiba-parana/file>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

MOLESINI, J. A. et al. Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623-38, 2010. Disponível em: Acesso em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/61/60>. Acesso em: 22 set. 2023.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes.* **Universidade Federal do Maranhão.** UNA-SUS/UFMA. São Luís: 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.* Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1ed. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. (NAVEGADOR SUS, 3). Disponível em: . Acesso em: 19 abr. 2021.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS.* ; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_a_tencao_saude.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Redes integradas de serviços de saúde: conceitos, opções de políticas e roteiro para suas implementações nas Américas.* Washington, D.C.: **OPAS**, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307. Acesso em: 19 abr. 2021.

SANTA, Tânia Cristina Morais. *et al.* *Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária?.* **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(Supl): 138-147, dez., 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833275>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *SUS Brasil: a região de saúde como caminho.* **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Abr. 2021.

SANTOS, Joacira Mota Matos. Avaliação da integração entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada, no cuidado do paciente hipertenso, no distrito de saúde do campo limpo do município de São Paulo. Tese Mestrado: Gestão para Competitividade. **Fundação Getúlio Vargas**. 2018. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24187>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SESAB. Cartilha: Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). **Observatório Baiano de Regionalização**. 2023. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha%20-%20PDR%202022.pdf>. Acesso em: 13 set. 2023.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400013&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 de março de 2021.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: Atenção Ambulatorial Especializada**. In: GIOVANELLA, Lígia, et al (org). 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 509-517, Sept. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mar. 2021.

STARFIELD, B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO/Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SIVA, Hudson Pacífico; FERREIRA, Maria Paula. **Nota Técnica 6. Demografia das Regiões de Saúde Brasileiras**. 2015. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Novos-Caminhos-6.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

VICAVA, Francisco et al . SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1751-1762, June 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 mar. 2021.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 181-190, jan. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201300010019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2021.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, Willian Saad. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – SÍNTESE – ARTIGOS - REVISÃO INTEGRATIVA – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE

	Título
Art. 1	A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB.
Art. 2	O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais.
Art. 3	Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha.
Art. 4	Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica.
Art. 5	Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais.
Art. 6	Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB.
Art. 7	Linha de cuidado para crianças e adolescentes vivendo com HIV: pesquisa participante com profissionais e gestores.
Art. 8	O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência.
Art. 9	O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil.
Art. 10	Percurso e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro.
Art. 11	Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária?
Art. 12	Teleconsultoria no sistema único de saúde: relato de experiência inédita em Santa Catarina.
Art. 13	Tele dermatologia: uma interface entre atenção primária e atenção especializada em Florianópolis.
Art. 14	Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system / Opiniões dos médicos sobre a coordenação clínica entre os e atenção secundária no sistema de saúde catalão.
Art. 15	Primary health care: care coordinator in regionalized networks? / Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?

	Revista/periódico	Ano de publicação	Objetivo
Art. 1	Saúde em Debate	2014	Conhecer e analisar a situação atual da Atenção Básica no país no que concerne à integração à rede assistencial.
Art. 2	Ciência e Saúde Coletiva	2019	Apresentar a implantação do processo de regulação em saúde desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal SESDF
Art. 3	Saúde em Debate	2013	Identificar e analisar estratégias de integração entre APS e AE, no Brasil e na Espanha.
Art. 4	Trabalho, Educação e Saúde	2017	Analisou a coordenação do cuidado por meio de dados do Programa Nacional para a Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica.
Art. 5	Saúde e Sociedade	2016	Identificar e analisar o desenvolvimento de estratégias regionais para a integração assistencial no contexto das regiões de saúde, com especial foco no papel da Atenção Primária à Saúde (APS).
Art. 6	Cadernos de Saúde Pública	2018	Avalia a integração entre a atenção básica e a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).
Art. 7	Escola Anna Nery	2021	Construir uma linha de cuidado para a atenção à saúde às crianças e adolescentes com HIV.

Art. 8	Psico	2012	Compreender como portadores HIV/AIDS manejam seu cuidado em saúde e suas perspectivas de integração do cuidado.
Art. 9	Ciências & Saúde Coletiva	2019	Descrever o planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), na Região Leste, Distrito Federal.
Art. 10	Cadernos de Saúde Pública	2019	Avaliar a organização e o acesso à Rede de Atenção à Saúde em uma região de saúde, na perspectiva das usuárias.
Art. 11	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	2016	Compreender as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária do ponto de vista dos usuários e dos profissionais da APS.
Art. 12	Sociedade Brasileira de Periodontologia	2020	Relatar a experiência inédita de implementação do serviço de teleconsultoria em Periodontia no Sistema Único de Saúde, para fins de encaminhamento à atenção especializada.
Art. 13	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	2019	Relatar a experiência de implantação do serviço de tele dermatologia no município de Florianópolis-Santa Catarina e o impacto inicial do processo no acesso e qualificação da assistência aos pacientes com afecções dermatológicas.
Art. 14	Gaceta sanitaria (Barcelona. Ed. impresa)	2019	Objective: To analyse doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in different healthcare networks and on the factors influencing it. / Objetivo: Analisar as opiniões dos médicos sobre a coordenação clínica entre os cuidados primários e secundários em diferentes redes de saúde e sobre os fatores que as influenciam.
Art. 15	LILACS	2016	Objective: To analyze the breadth of care coordination by Primary Health Care in three health regions. / Objetivo: Analisar a amplitude da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde em três regiões de saúde.

	Tipo de estudo	Principais resultados / link de acesso
Art. 1	Transversal	Persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en&nrm=iso
Art. 2	Descritivo	A APS merece o devido reconhecimento e fortalecimento de seus fluxos e aprimoramento das práticas de apoio matricial, fomentando intervenções contextualizadas nos territórios causando impactos em toda a rede de atenção. Os processos regulatórios precisam e devem ser pautados sob a égide constitucional que garante não só o direito a saúde, mas o direito à vida. A regulação passa a ser, de fato, centrada no usuário e nas suas reais necessidades. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602043&lng=en&nrm=iso
Art. 3	Estudo de caso	No Brasil, ressalta-se a recente implantação de sistemas descentralizados de regulação, e, na Espanha, a já consolidada informatização da história clínica em APS. A criação de história clínica única é um desafio para ambos os

		países. Iniciativas que promovam maior relação interpessoal foram consideradas mais exitosas para integrar profissionais dos dois níveis. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en&nrm=iso
Art. 4	Descritivo	O tempo de espera para atendimento especializado era alto e a comunicação entre os profissionais insuficiente, o que dificultava o percurso do usuário na busca pelo cuidado e desvelava as fragilidades do trabalho em rede. Foram identificados avanços no fortalecimento da atenção primária e desafios para a constituição da Rede de Atenção à Saúde que minimizavam as possibilidades de coordenação do cuidado pelas equipes de atenção básica. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200373&lng=en&nrm=iso
Art. 5	Estudo de caso	Os resultados indicam que a APS é um tema pouco frequente nas discussões da CIR, embora a região de saúde enfrente problemas em comum a outras regiões da Bahia e do Brasil como a disputa predatória por médicos e fraca coordenação do cuidado. A meta de conformação de Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela APS, ainda é um objetivo distante diante da premência de garantir acesso à atenção especializada e de urgência/emergência hospitalar na região de saúde, tema que dominou as discussões da CIR, ficando a APS circunscrita aos limites municipais. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200320&lng=en&nrm=iso
Art. 6	Transversal	Os resultados demonstram que os itens referentes às ações de apoio matricial – consultas médicas; discussão de caso; ação clínica compartilhada; construção conjunta de projetos terapêuticos; atividade de educação permanente; discussão processo trabalho; intervenções no território e realização de visita com profissionais de atenção básica – melhoram o desempenho das equipes de atenção básica. Dispositivos de comunicação entre as equipes reforçam esse entendimento. Contudo, a frequência em torno de 50% de respostas associadas ao pior cenário para alguns itens do estudo, evidenciou a necessidade de qualificação da integração entre as ações de atenção básica e especializada para a consolidação de uma atenção primária à saúde abrangente. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso
Art. 7	Participante	A implantação desse produto adaptado ao cotidiano assistencial dos municípios requer ações estratégicas para a integração dos pontos de atenção e para qualificação da atenção à saúde dessa população. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000200211&lng=en&nrm=iso
Art. 8	Analítico	A Categoria Temática Apropriação das Linhas de Cuidado, agrupou conteúdos sobre Necessidades de Comunicação; Acesso e Cuidado em Saúde, que referiram contradições emergentes na relação entre necessidades em saúde e a (des)integralidade do sistema de saúde, apontando concepções de um modelo fragmentado de cuidado e dificuldades no intercâmbio entre níveis de atenção. Assim, o projeto terapêutico deve considerar que necessidades de comunicação, acesso e cuidado também são permeadas pela subjetivação dos usuários. https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816

Art. 9	Descritivo	<p>Os resultados apontam uma melhor organização da RAS, especificamente para a linha de cuidado das condições crônicas, hipertensão e diabetes. Na APS foram organizados os macroprocessos: territorialização, cadastramento das famílias, estratificação de risco, classificação de riscos familiares, diagnóstico local, atendimento por bloco de horas, eliminando filas, dentre outros. Na AAE foi implantado o Ambulatório de Especialidades com a tecnologia de atenção contínua, realizada por equipe multiprofissional para hipertensos e diabéticos de alto e muito risco, estratificados na APS, compartilhando o cuidado. Uma das potencialidades da integração da APS e AAE foi o matriciamento realizado por profissionais da AAE, nas unidades laboratórias. A PAS configurou-se como um importante instrumento de gestão das RAS.</p> <p>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&lng=en&nrm=iso</p>
Art. 10	Avaliativo	<p>A rede regionalizada apresentou-se desarticulada e com fluxos desordenados, não garantindo acesso oportuno às usuárias dos municípios do interior e apresentando dificuldades adicionais àquelas da área rural, mesmo no município sede, desvelando a incompletude dos arranjos regionais e a manutenção de desigualdades de acesso inter e intramunicipal.</p> <p>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001405011&lng=en&nrm=iso</p>
Art. 11	Analítico	<p>A atenção primária instalada no município de São Paulo, especialmente no Distrito estudado tem o fracionamento e a desarticulação entre os diferentes níveis assistenciais como a principal razão para a ocorrência das ICSAP. Portanto, a Lista Brasileira serve apenas parcialmente para avaliar esse nível de atenção, de fato ela se mostra melhor para avaliar a rede como um todo, mas para que esta avaliação seja efetiva, é preciso analisar o fluxo dos usuários buscando atendimento às questões de saúde.</p> <p>https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6415</p>
Art. 12	Exploratório/Descritivo	<p>Apesar de algumas dificuldades relacionadas com a integração dos sistemas de informações vigentes, a Teleperiodontia viabilizou a comunicação com os periodontistas e favoreceu a Educação Permanente dos cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde.</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129398</p>
Art. 13	Exploratório/Descritivo	<p>A implantação da teledermatologia em Florianópolis representou um grande avanço para o processo de integração entre a Atenção Primária a Saúde e Atenção Especializada, contribuindo para redução nas filas de espera e na qualificação dos encaminhamentos, com potencial para aprimoramento da coordenação do cuidado e educação continuada dos profissionais.</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996069</p>
Art. 14	Descriptive/Descritivo	<p>Results: In all networks doctors perceived that primary and secondary care given to patients was coordinated in terms of information transfer, consistency and accessibility to SC following a referral. However, some problems emerged, related to difficulties in acceding non-urgent secondary care changes in prescriptions and the inadequacy of some referrals across care levels. Doctors identified the following factors:</p> <p>1) organizational influencing factors: coordination is facilitated by mechanisms that facilitate information transfer, communication, rapid access and physical proximity that fosters positive attitudes towards collaboration; coordination is hindered by the insufficient time to use mechanisms, unshared incentives</p>

		<p>in prescription and, in two networks, the change in the organizational model;</p> <p>2) professional factors: clinical skills and attitudes towards coordination. / Resultados: em todas as redes os médicos perceberam que os cuidados primários e secundários prestados aos pacientes eram coordenados em termos de transferência de informação, consistência e acessibilidade ao CS após encaminhamento. Contudo, alguns problemas surgiram, relacionados às dificuldades em aderir às mudanças não urgentes da atenção secundária nas prescrições e a inadequação de alguns encaminhamentos entre os níveis de atenção. Os médicos identificaram os seguintes fatores:</p> <p>1) fatores de influência organizacional: a coordenação é facilitada por mecanismos que facilitam a informação transferência, comunicação, acesso rápido e proximidade física que promove atitudes positivas em relação colaboração; a coordenação é dificultada pelo tempo insuficiente para usar os mecanismos, incentivos não compartilhados na prescrição e, em duas redes, na mudança do modelo organizacional; 2) fatores profissionais: habilidades clínicas e atitudes em relação à coordenação.</p> <p>https://www.scielo.org/article/gS/2019.v33n1/66-73/</p>
Art. 15	Case study/ Estudo de caso	<p>Primary Health Care as first contact of preference faced strong competition from hospital outpatient and emergency services outside the network. Issues related to access to and provision of specialized care were aggravated by dependence on the private sector in the regions, despite progress observed in institutionalizing flows starting out from Primary Health Care. The counter-referral system was deficient and interprofessional communication was scarce, especially concerning services provided by the contracted network. / A Atenção Primária à Saúde como primeiro contato de preferência enfrentou forte concorrência de serviços ambulatoriais de hospitais e serviços de emergência fora da rede. As questões relacionadas ao acesso e à oferta de atenção especializada foram agravadas pela dependência do setor privado nas regiões, apesar dos avanços observados na institucionalização dos fluxos a partir da Atenção Básica. O sistema de contrarreferência era deficiente e a comunicação interprofissional escassa, principalmente no que se refere aos serviços prestados pela rede contratada.</p> <p>https://www.scielo.br/j/rsp/a/ThGbJp54VGJ85zXNBXMfxQQ/?lang=en</p>

Fonte: Elaboração do autor (2023).

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME

RESOLUÇÃO N^o 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante: _____

Documento de Identidade n^o: _____ Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____/(____) _____/

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE PIEMONTE DA DIAMANTINA – REGIÃO DE SAÚDE (RS) DE JACOBINA – BAHIA.

2. PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SDNEI GOMES DOS SANTOS.

Cargo/Função: MESTRANDO.

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE PIEMONTE DA DIAMANTINA – REGIÃO DE SAÚDE (RS) DE JACOBINA – BAHIA, de responsabilidade do pesquisador **Sdnei Gomes dos Santos**, discente da Universidade do Estado da Bahia que tem como objetivo analisar a integração entre APS e AAE no cuidado de pessoas com HAS no território de identidade Piemonte da Diamantina - RS de Jacobina, macrorregião Centro-Norte da Bahia.

A realização desta pesquisa não trará benefícios diretos ao participante, mas sim à saúde da coletividade, visto que os resultados oriundos dela podem contribuir à integração entre a APS e à AAE no cuidado de pessoas com HAS. Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo o entrevistado ficar desconfortável ou constrangido em decorrência de alguma pergunta descrita no roteiro, ficando a critério do mesmo prosseguir respondendo ou não. Caso ocorra essa situação, será oferecida ao mesmo a possibilidade de encaminhamento ao Serviço Ambulatorial de Psicologia municipal para devido acompanhamento psicológico. Caso aceite o Senhor(a) será submetido à entrevista gravada em áudio e vídeo pelo aluno Sdnei Gomes dos Santos do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e portanto o Sr(a) não será identificado. Caso queira (a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua

relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pelo pesquisador e o Sr(a) caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira o Sr (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SDNEI GOMES DOS SANTOS

Endereço: RUA DOM JOÃO BOSCO, N° 128; BAIRRO: NAZARÉ; JACOBINA-BAHIA

Telefone: (74) 99937-0087, **E-mail:** SDNEI18@HOTMAIL.COM.

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador(a) sobre os objetivos, benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa **INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO TERRITÓRIO DE IDENTIDADE PIEMONTE DA DIAMANTINA – REGIÃO DE SAÚDE (RS) DE JACOBINA –BAHIA**, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário (a) consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador discente
(orientando)

Assinatura do professor responsável
(orientador)

APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DA APS

Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função / Cargo:

Tempo na função / cargo:

Questões:

1. Na sua percepção como é a integração da APS com a PRS? Aponte limites e facilidades.
2. Existem critérios para encaminhamento de pessoas com HAS à PRS? Se sim, quais? Como foram definidos?
3. Como é feito o encaminhamento dos usuários com HAS para atendimento na PRS?
4. Existe fluxo das pessoas com HAS da APS para a PRS? Atende a realidade local? Explique sua resposta.
5. Os serviços voltados ao cuidado das pessoas com HAS são suficientes na região? Explique sua resposta.
6. Você conhece o médico especialista (cardiologista) que trabalha na PRS? Se sim, como ocorreu esse encontro?
7. Na necessidade de diálogo com o profissional da PRS como é feito o contato?
8. Existe compartilhamento de cuidado entre a equipe da APS e PRS voltado as pessoas com HAS? Se sim, como ocorre esse compartilhamento?
9. Depois que a equipe de APS encaminha a pessoa com HAS para PRS, existe alguma ação de acompanhamento em relação ao acesso aos procedimentos solicitados? Explique sua resposta.
10. Na sua percepção o acesso das pessoas com HAS à PRS, considerando o risco, é em tempo oportuno? Explique sua resposta.
11. Na sua percepção a rede de atenção à saúde atende as necessidades da região? Explique sua resposta.
12. De acordo com a sua vivência o que pode ser melhorado na integração da APS com a PRS?

APÊNDICE 4: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAL DA PRS/AAE

Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função / Cargo:

Tempo na função / cargo:

1. Na sua percepção como é a integração da APS com a PRS? Aponte limites e facilidades.
2. Existem critérios para encaminhamento de pessoas com HAS à PRS? Se sim, quais? Como foram definidos?
3. Como é feito o encaminhamento dos usuários com HAS para atendimento na PRS?
4. Existe fluxo das pessoas com HAS da APS para a PRS? Atende a realidade local? Explique sua resposta.
5. Os serviços voltados ao cuidado das pessoas com HAS são suficientes na região? Explique sua resposta.
6. Você conhece o médico especialista (cardiologista) que trabalha na PRS? Se sim, como ocorreu esse encontro?
7. Na necessidade de diálogo com o profissional da PRS como é feito o contato?
8. Existe compartilhamento de cuidado entre a equipe da APS e PRS voltado as pessoas com HAS? Se sim, como ocorre esse compartilhamento?
9. Depois que a equipe de APS encaminha a pessoa com HAS para PRS, existe alguma ação de acompanhamento em relação ao acesso aos procedimentos solicitados? Explique sua resposta.
10. Na sua percepção o acesso das pessoas com HAS à PRS, considerando o risco, é em tempo oportuno? Explique sua resposta.
11. Na sua percepção a rede de atenção à saúde atende as necessidades da região? Explique sua resposta.
12. De acordo com a sua vivência o que pode ser melhorado na integração da APS com a PRS?

APÊNDICE 5: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PROFISSIONAIS DA REGULAÇÃO MUNICIPAL

Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função / Cargo:

Tempo na função / cargo:

1. Descreva a sua equipe de trabalho.
2. Os profissionais receberam algum treinamento/qualificação para função?
3. Que recursos você dispõe para proceder a regulação dos usuários para a PRS?
4. Como se dá a marcação de procedimentos a serem realizados na PRS?
5. Você gerencia o tempo de espera para marcação de consultas e procedimentos para a PRS?
6. Você saberia informar quais os procedimentos mais solicitados para agendamento na PRS?
7. Você sabe qual a taxa de absenteísmo na PRS? E, quais os principais motivos?
8. Na sua percepção a rede de atenção à saúde atende as necessidades da região? Explique sua resposta.
9. Os serviços voltados ao cuidado das pessoas com HAS são suficientes na região? Explique sua resposta.

APÊNDICE 6: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GESTOR MUNICIPAL E GESTOR ASSISTENCIAL DA PRS

Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função / Cargo:

Tempo na função / cargo:

1. Qual a sua compreensão sobre RAS? E, qual o papel da APS na rede?
2. Como é definida a pauta das reuniões na CIR?
3. Quem participa das reuniões da CIR? Como ocorre o processo de discussão, negociação e pactuação das ações e serviços de saúde na região?
4. Na sua percepção como qualifica a relação entre os municípios, dos municípios com o Estado e dos municípios com o governo federal no processo de tomada de decisão? Explique sua resposta.
5. Qual a participação do município, Estado e União na alocação de recursos financeiros para custeio das ações e serviços de saúde da região? Explique sua resposta.
6. Como avalia o cumprimento dos acordos firmados voltados a organização e funcionamento da RAS na região? Explique sua resposta.
7. Existe algum mecanismo de monitoramento e avaliação sobre as decisões tomadas na região? Se sim, quem participa? E, como os resultados são utilizados e compartilhados entre os envolvidos?
8. Na sua percepção a rede de atenção à saúde atende as necessidades da região? Explique sua resposta.
9. Os serviços voltados ao cuidado das pessoas com HAS são suficientes na região? Explique sua resposta.
10. Na sua percepção existe integração da APS com a PRS? Se sim, como ocorre essa integração? E se, não, explique sua resposta.

APÊNDICE 7 – PRODUTO TÉCNICO

PROPOSTA DE OFICINA DE TRABALHO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE) NO MUNICÍPIO DE JACOBINA: INTEGRAÇÃO, COMUNICAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira apresenta importantes avanços, em especial, a ampliação da cobertura e do acesso as ações e serviços de saúde; e, tem a Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo preferencial de organização. Por outro lado, fragilidades nos modos de articulação com os demais pontos de atenção, precisam ser superadas com a finalidade de garantir ao usuário não apenas o acesso ao sistema, mas também um cuidado contínuo de forma coordenada e integral. (CASTRO et al. 2021).

A Portaria 4.279 de 2010 que “estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, considera a regionalização para além de uma diretriz do SUS, eixo que estrutura o Pacto de Gestão, devendo ser orientador ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde e estruturação da Rede de Atenção à Saúde, definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010, p. 1).

Conforme Castro et al. (2021) para que haja atendimento de forma integral no Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário integração da APS com Atenção Especializada (AE), a qual precisa se organizar a partir da lógica da regionalização e hierarquização, devendo funcionar de forma integrada.

A definição do fluxo de referência e contrarreferência entre APS e AE favorece a continuidade do cuidado e integralidade na atenção. (BRASIL, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, traz em seu Capítulo II que dentre os princípios do SUS encontra-se a integralidade, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

A concepção de integralidade ganhou maior enfoque à medida que houve ampliação do SUS, passando a trazer reflexões sobre o objetivo primordial da saúde, que está pautado no acesso universal e cuidado integral dos usuários. (SILVA, et al., 2010).

Na atualidade, observa-se sistemas locorregionais fragmentados, dificultando o estabelecimento de relações de integração consistente e coordenada. Essa fragmentação, torna

a AE em um ponto de atenção isolado, organizado internamente de forma fragmentada a partir dos serviços que produz, e externamente, sem ou com frágil comunicação com os demais serviços, principalmente com a APS (MENDES, 2019).

A ausência de integração entre APS e AE faz com que as pessoas ao percorrerem pelos distintos pontos de atenção na RAS, estejam sujeitas a falhas no diagnóstico e tratamento, bem como serviços prestados de forma ineficiente, comprometendo assim a integralidade do cuidado (MENDES, 2019).

Conforme a Portaria nº 03/2017 que consolida as normas sobre as redes do SUS, constando diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas e organização das suas linhas de cuidado compete as Secretarias de Saúde dos Estados:

“V – Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção.”

Para Fratini et al. (2008) os conceitos de referência e contrarreferência no âmbito da saúde, apesar de serem o pilar da transformação logrado ao setor, ainda se evidencia importantes desafios a serem superados, tanto no aspecto teórico, quanto na efetivação prática e disseminação de experiências exitosas ou não.

Ações e serviços de saúde em que se agregam menor concentração de tecnologias duras como produção de vínculo, autonomia, acolhimento, definidas por Merhy (1997) como tecnologias leves, estão disponíveis ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais devem estar, preferencialmente, localizadas próximas ao lugar onde vive e trabalha as pessoas.

A referência constitui-se como mecanismo que objetiva promover o acesso do usuário as ações especializadas, ofertadas em um dado território. Neste caso o usuário é referenciado a um serviço especializado, seja para consulta com especialista, realização de algum procedimento ou exame de apoio diagnóstico, ações importantes para a definição da melhor conduta clínica. A contrarreferência ocorre quando o usuário após ter acesso a atenção especializada retorna ao serviço de atenção primária para seguimento e continuidade do cuidado. (BRASIL, 2003).

Buscar estratégias que facilitem a implementação ou aprimoramento dos mecanismos de referência e contrarreferência é essencial para a garantia da integralidade e continuidade do cuidado. (FRATINI, et al, 2008).

JUSTIFICATIVA

Atualmente, no campo de trabalho que compreende a APS e AE, especificamente em relação à Policlínica Regional de Saúde (PRS), observa-se fragilidades no tocante a integração entre este ponto de atenção e a APS. O recurso disponível para a comunicação entre a APS e PRS é o processo de agendamento executado pela central de marcação de consultas e procedimentos, solicitados pelas equipes da APS.

Considerando que a APS tem papel estruturante na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conformando-se como o centro de comunicação, de modo a ordenar e coordenar o cuidado, favorecendo o acesso em tempo oportuno e a continuidade do cuidado; e, considerando a deficiência dos mecanismos de comunicação e de integração existentes, apresenta-se esta proposta de trabalho.

A proposta tem como objeto a realização de uma oficina de trabalho envolvendo profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e Policlínica Regional de Saúde (PRS) no município de Jacobina, com a finalidade de fomentar o uso da ficha de referência e contrarreferência.

Acredita-se que a oficina possibilitará o estabelecimento de um primeiro contato entre os profissionais da APS e da PRS, momento valioso para o estabelecimento de vínculo e responsabilização. Além disso, favorecerá a troca de experiências de compartilhamento do cuidado e a construção conjunta de estratégias que fomentem a comunicação entre estes pontos de atenção, adotando como instrumento a ficha de referência e contrarreferência.

O cuidado na atenção primária quando ocorre pautado na longitudinalidade constitui-se como um dispositivo potente, reconhecido em âmbito internacional, como primordial para modelos de atenção que atuem de forma abrangente e efetiva, favorecendo ser o primeiro contato, a integralidade e coordenação do cuidado. (STARFIELD, 2002, apud SANTOS et al, 2018).

OBJETIVO GERAL

- Realizar oficina de trabalho para fomentar o compartilhamento do cuidado entre os profissionais da APS do município de Jacobina com os da PRS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propiciar o primeiro contato entre os profissionais da APS de Jacobina com os da PRS;
- Trocar experiências sobre compartilhamento do cuidado entre APS e AE;
- Refletir sobre a importância do compartilhamento e responsabilização do cuidado na garantia da atenção integral e resolutive;
- Favorecer a adoção da ficha de referência e contrarreferência como instrumento de comunicação entre a APS e AE.

METODOLOGIA

A palavra oficina tem origem no latim *opificium*, oriunda de *opificis* (artesão), formada, por sua vez, através da justaposição de *opus* (obra) e *facere* (fazer). Tal acepção, nos remete a um espaço que propicia o fazer, a realização, a construção e o experimentar. Sendo assim, o espaço da oficina de trabalho deve ser constituído como momento em que ocorra construção coletiva de forma dinâmica, marcada pela pluralidade, com utilização de metodologias que façam a diferença no processo de ensino/aprendizagem. (PAULA et al, 2018).

Nesta proposta, a oficina será utilizada como ferramenta pedagógica que fomentará atitudes que promovam o compartilhamento do cuidado entre os profissionais a APS de Jacobina com os da PRS, com vistas a potencializar a integração entre os pontos de atenção.

A proposta metodológica de oficina pedagógica, busca apreender o conhecimento a partir do conjunto de acontecimentos vivenciais no dia-a-dia, onde a relação teoria – prática constitui o fundamento do processo pedagógico. Assim, o conceito de oficinas aplicado à educação, refere-se ao lugar onde se aprende fazendo junto com os outros. (FIGUEIRÊDO et al., 2006, p. 3).

“As oficinas também trazem como característica, a abertura de espaços de aprendizado que buscam o diálogo entre os participantes” (MARTINS et al, 2009, p.3).

A partir desta reflexão, destaca-se que a metodologia utilizada na oficina, a partir da lógica construtivista – terá a finalidade de socializar o conhecimento pautado na participação, questionamentos, de maneira horizontal, visando uma análise crítica da realidade (integração entre APS e PRS: referência e contrarreferência), no entanto, tendo essa mesma realidade como ponto inicial das discussões.

Inspirado nas ideias do suíço Jean Piaget (1896- 1980), o método construtivista visa instigar a curiosidade, visto que os sujeitos do processo são levados ao encontro das respostas,

partindo de conhecimentos individuais, como interação com a realidade e com outros participantes do processo (NIEMANN, BRANDOLI, 2012).

O construtivismo objetiva que o sujeito participe de forma ativa do próprio aprendizado, através da experimentação, pesquisa em grupo, estímulo de dúvidas e desenvolvimento do raciocínio, entre outros processos. Partindo desta dinâmica e ação do sujeito, vão sendo estabelecidas certas propriedades referentes aos objetos em questão e assim havendo construções de forma global (NIEMANN, BRANDOLI, 2012).

A fim de operacionalizar a realização da oficina, definiu-se as seguintes atividades:

1. Dinâmica de apresentação;
2. Compartilhamento do objetivo da oficina e levantamento de expectativas usando para registro uma tarjeta;
3. Celebração do pacto de convivência entre os participantes (diálogo respeitoso, construtivo; participação integral da oficina; duração do intervalo; uso de celular, e outros que o grupo julgar necessário);
4. Momento 1: roda de conversa sobre importância da integração, comunicação e compartilhamento do cuidado entre APS e AE, com vistas à reflexão e construção da problemática;
5. Momento 2: divisão do grupo em subgrupos, com até cinco pessoas, buscando formar turmas que agreguem trabalhadores da APS e AE e se, possível, cada categoria profissional presente.
6. Cada turma deverá eleger o secretário e o relator;
7. Momento 3: cada turma fará a leitura da problemática construída coletivamente envolvendo a integração, a comunicação e o compartilhamento do cuidado entre a APS e AE para posterior identificação de aspectos relevantes, problemas, elaboração de hipóteses explicativas, construção de estratégias de resolução, cujo produto será registrado em uma cartolina;
8. Momento 4: apresentação dos trabalhos produzidos pelas turmas no grande grupo;
9. Momento 5: sistematização do conhecimento com discussão amparada a luz da produção científica sobre o tema (estado da arte nos últimos 5 anos, identificado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) conforme anexo III, pontuando facilidades e dificuldades e como a ficha de referência e contrarreferência pode apoiar a integração, a comunicação e o compartilhamento do cuidado entre a APS e AE;

10. Avaliação da atividade sinalizando pontos fortes e fracos, e sugestões de aprimoramento.

E, tomando como referência os objetivos da oficina, traçou-se o seguinte programa:

Dia 1 (04 horas):

- Acolhimento e recepção dos participantes;
- Dinâmica de apresentação;
- Apresentação da proposta de trabalho e estabelecimento dos pactos de convivência;
- Momento 1;
- Momento 2.

Dia 2 (04 horas):

- Momento 3;
- Momento 4;
- Momento 5;
- Avaliação e encerramento da oficina.

RECURSOS

- Humanos: coordenador da atividade;
- Materiais: cartolina, papel A4, pinceis atômicos, fita adesiva, pasta;
- Equipamentos: Datashow e flip-chart.

EXECUÇÃO

Essa proposta será apresentada às diretorias da APS dos municípios em questão e da PRS. Após validação, pensa-se em executá-la no ano de 2024.

APÊNDICE 8**CARTA CONVITE**

Jacobina-BA, 01/2023.

Ao: Ilmo. Diretor de Atenção Básica / Diretor – Policlínica Regional de Saúde Prezados, Eu, **Sdnei Gomes dos Santos**, Enfermeiro, mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus I – Departamento de Ciências da Vida (DCV), Edital nº 056/2020, matrícula nº 102110026, 3º período, convido os profissionais de saúde que compõem os serviços da Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada (Policlínica Regional de Saúde) a participarem da Oficina de trabalho envolvendo esses níveis de atenção, a ser realizada no município de Jacobina, visando integração, comunicação e compartilhamento do cuidado. À mesma é fruto do Produto Técnico construído na disciplina de Cultura e Saúde. Segue anexo, proposta da oficina e demais informações.

Atenciosamente,

Sdnei Gomes dos Santos
Mestrando em Saúde Coletiva
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)
CAMPUS I – Departamento de Ciências da Vida (DCV)

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico.** 3a. ed. Brasília (DF); 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf. Acesso em: 15 Abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva;** Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em 20 de Jul. 2020.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner Souza; FERNANDES, Juliana Azevedo. **Atenção Primária e Atenção Especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras.** 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

FIGUEIRÊDO, Maria do Amparo Caetano de et al. Metodologia de Oficina Pedagógica: uma experiência de extensão com crianças e adolescentes. **Revista Eletrônica Extensão Cidadã,** João Pessoa v.2, p. 1-12, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/extensaocidadada/article/viewFile/1349/1022>. Acesso em: 21 abr. 2021.

FRATINI, Jusciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e Contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciencia, Cuidado e Saude:** 7(1):65-72, 2008. Maingá-PR. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MARTINS, Francine Netto; FREITAS, Deisi Sangoi; FELDKERCHER, Nadiane. Oficinas pedagógicas: instrumento de valorização da diversidade no ambiente escolar. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE; III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia**, PUCPR, 2009. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/cd2009/pdf/2011_1697.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

NIEMANN, Flávia de Andrade; BRANDOLI, Fernanda. Jean Piaget: um aporte teórico para o construtivismo e suas contribuições para o processo de ensino e aprendizagem da Língua Portuguesa e da Matemática. **IX ANPED SUL: Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**. Caxias do Sul – RS. 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/770/7> 1. Acesso em: 21 abr. 2021.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de; NACARAT, Ana Cláudia Leiroz; SILVA, Camila Martins da. A proposta das oficinas nas diretrizes curriculares: elementos para debate. **Temporalis**, Brasília (DF), n. 35, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19633>. Acesso em: 21 abr. 2021.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, Wiliam César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, Sept. 2016. Disponível em: . Acesso em 15 Abr. 2021

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018. Available from . Acesso em 15 Abr. 2021.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, Dez. Disponível em . acesso em 29 de março de 2021.

SILVA, A. C. et al. Promoção da Contrarreferência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/especializacao/trabalho_roberto_saraiva_mh_e.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

APÊNDICE 9 – RESUMO ANALÍTICO – ATAS DA CIR – RS DE SAÚDE DE JACOBINA

ATA / PERÍODO	CONTEÚDO		PRESENTES	SEMELHANÇAS	DIFERENÇAS
ATA Nº 3 / ABRIL/2018	<p>“K. B. (apoiadora do COSEMS) alerta aos secretários expor a situação da prestação de contas e orçamento do consórcio ao setor da contabilidade e com o prefeito. K. B. informa sobre a situação da Central de Regulação de Irecê para realizar rateio onde cada gestor faz um termo se comprometendo.”</p> <p>K.B (apoiadora do COSEMS) orienta como é realizada a visualização das propostas no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Ressalta que o grande recurso disponível para os municípios é por emenda parlamentar e que o sistema permite a visualização do andamento do processo, pois ver diretamente com que setor e o apreciador do processo</p>	<p>“M. L. (membro da CIR) informa sobre a visita do governador para assinar a ordem de serviço da Policlínica.”</p>	<p>Secretários municipais de saúde da região; Apoiadora do COSEMS; Coordenadores de Atenção Básica; Coordenador de Vigilância Sanitária;</p>	<p>Primeira ATA a abordar sobre questão financeira do consórcio e tomada de decisão para implantação da Policlínica.</p>	
ATA Nº 2 / FEVEREIRO / 2019	<p>“A senhora K.A., Coordenadora do Núcleo coloca que, roteiro por fluxo não de pacientes que comporta nos ônibus. A senhora J. da APG explica</p>	<p>Roteiro do Ônibus para Transporte de Pacientes do Consórcio de Saúde - “A Senhora J., técnica da APG</p>	<p>Coordenadora do NRS; Coordenadora da CIR; Secretários Municipais de Saúde;</p>	<p>Semelhante à ATA nº 3 de 2018, há discussão sobre recursos financeiros e contratualização dos municípios que fazem parte da região de saúde.</p>	<p>Diferente da ATA nº 3 de 2018, aborda sobre transporte sanitário, regulação</p>

	<p>que inicialmente era só micro ônibus. O número de vagas dos pacientes é de acordo a demanda dos municípios, sendo que, cada localidade o responsável é o prefeito. A sugestão é que sejam realizados dois roteiros, manhã e tarde. Será realizado um treinamento com os profissionais que irão trabalhar nesses transportes.”</p> <p>“ J. (técnica da APG) - Serão ofertados consultas médicas e exames especializados, sendo que, os médicos só poderão ser contratados de acordo com o teto “.</p>	<p>apresentou a estrutura do Consórcio e policlínica, formada pelos prefeitos, presidente, diretor geral, diretor assistencial assessores técnico, diretor executivo, diretor administrativo – financeiro, assessor técnico – advogado, assistente administrativo; Em seguida a discussão da Policlínica perpassa sobre o processo seletivo, no qual haverá a seleção através de concurso, sendo disponibilizado vagas para profissionais de nível superior, técnico e médio”.</p> <p>“O senhor A. M. , Secretario Municipal de Saúde de Piritiba, ressaltou que o consórcio é contratualizado por todos os prefeitos que fazem parte da Região de Saúde de Jacobina. Falou também que todas as decisões são discutidas em Assembleia com os</p>			<p>assistencial, consultas e procedimentos a serem ofertados, estrutura organizacional da policlínica, processo seletivo a ser realizado, tomadas de decisão a partir das assembleias, planejamento regional integrado, articulação interfederativa, governança da rede de atenção à saúde, regionalização, atenção à saúde, necessidades de saúde, qualificação da gestão municipal, instituição do comitê executivo de governança da RAS.</p>
--	--	---	--	--	---

		<p>secretários. Não existe restituir o saldo do recurso, não pode comprar nenhuma ferramenta. Lembrou que a reunião é policlínica”</p> <p>“A senhora S.C. (Coordenadora da CIR) coloca que estão discutindo consórcio e não policlínica. Dentro do PRI, discute consórcio e não só policlínica. Alongar a discussão para além do roteiro do ônibus é complicado, pois a discussão tem um leque de possibilidades e é muito mais amplo.”</p> <p>A técnica da VISA M. L. A. traz informações sobre: Planejamento Regional Integrado - A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 – Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Art. 2º O processo de</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>Planejamento Regional Integrado (PRI) será INSTITUÍDO E COORDENADO PELO ESTADO EM ARTICULAÇÃO COM OS MUNICÍPIOS e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na comissão Intergestora Bipartite (CIB). § 2º O Plano Regional resultante do PRI deverá ser PACTUADO NA CIB que terá a responsabilidade de monitorar a sua execução A PARTIR das informações fornecidas pelas COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS (CIR) já organizadas nas regiões de saúde. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE. É preciso garantir uma REGIONALIZAÇÃO que dê conta de uma governança federativa qualificada para a RAS. Este passo de</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>reorganização das regiões de saúde para garantia da integralidade, deve trabalhar a ATENÇÃO À SAÚDE a partir das NECESSIDADES EM SAÚDE. A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL SERÁ DECISIVA para as ações esperadas desses atores nos espaços de pactuação. Traz informações sobre o</p> <p>Art. 5º O COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser INSTITUÍDO NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a EFETIVAÇÃO DOS ACORDOS</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>PACTUADOS NAS CIB E CIR, conforme a Resolução CIT nº 23/2017.</p> <p>RESOLUÇÃO CIT 23/2017 - Art. 1º</p> <p>Estabelecer diretrizes para os processos de REGIONALIZAÇÃO, PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO, ELABORADO DE FORMA ASCENDENTE, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. - Compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira; VIII - O planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais</p>			
--	--	--	--	--	--

		definições presentes na legislação vigente;”			
ATA Nº 5 / ABRIL / 2019	A. P. T. P., apoiadora DAB e membro efetivo Estadual. A senhora A. P. apresenta a Nova Política Nacional de Atenção Básica com base na Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. “Sobre a função de Gerente de Saúde apresenta a publicação da portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018 com o objetivo de qualificação e aprimoramento do processo de trabalho, por meio da função técnico-assistencial e define as principais funções do gerente como : Conhecer a RAS, participar e fomentar a construção de vinculação e fluxos.”		Conselheiros; Coordenadora do NRS; Secretários Municipais de Saúde; Apoiadora DAB e membro efetivo Estadual; Apoiadora DIVAST; Diretor controle/avaliação de Jacobina; Referência técnica em Saúde do Trabalhador - DIVAST/COGER; Técnica Saúde do Trabalhador NRS; Diretora VISA de Orolândia; Membro Efetivo NRS; Diretor Atenção Básica Jacobina.		Diferente das ATAS anteriores, traz uma discussão sobre integração assistencial a partir do estabelecimento de vínculos e fluxos entre níveis de atenção, sob uma perspectiva gerencial.

Fonte: Observatório Baiano de Regionalização; Elanoração do autor (2023).

**APÊNDICE 10 – CORPUS E EXTRATOS DE FALA – SEGMENTO ASSISTENCIAL
CORPUS 1 – INTEGRAÇÃO – COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO**

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 11 - PROFISSIONAL – PRS – SEDE.</p> <p>A contrarreferência é uma ferramenta importantíssima. Se o paciente sai daqui sem uma contrarreferência, a consulta praticamente foi invalidada. Praticamente não consegui fazer muita coisa, porquê quem vai continuar o acompanhamento é o médico do posto de saúde, então da atenção básica”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrarreferência enquanto compartilhamento do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
<p>“O SIGES ele já tem um campo onde o médico ele já clica lá naquele campo e aparece a folha de contrarreferência onde ele já vai escrever a história inicial que ele escreveu vem ali e embaixo sai o campo com a folha de anotações finais do paciente que seria a contrarreferência, então estamos realmente com esse processo de melhorar essa cultura né?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar cultura de preenchimento contrerreferência no sistema de atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
<p>“A gente vê muitas vezes, ainda vem demandas que não é para policlínica, e a gente está trabalhando isso, meio que de formiguinha, meio que tentando mostrar com os profissionais... Olha, a Policlínica tem essas especialidades, coisas que são resolvidas no PSF de preferência, não sejam direcionadas para a Policlínica, até porquê as vagas não são tantas assim e as vezes tem município por exemplo que tem que tem 3 vagas, 4 vagas de neurologia por mês. Aí, tem casos de paciente, que poderiam muito bem ser resolvidos na atenção básica e aí aonde tá o nosso maior entrave, essa integração.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento de demandas inadequadas resultante da desintegração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegração assistencial
<p>E 12 - PROFISSIONAL – APS – ZONA RUAL – UMBURANAS.</p>		

<p>“Por exemplo, um paciente de cardiologia, com problemas cardiológicos, vai para uma consulta com cardiologista, a gente recebe aquele relatório e no relatório só vem informando o resultado daquele exame, a conclusão, o diagnóstico do médico quanto aquele exame, mas em relação a orientações e cuidados não”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrarreferência incompleta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
<p>“tem aquela questão da demanda da fila de espera mas não costuma demorar tanto não, esse eu não vou saber te responder porquê nunca houve esse contato nunca existiu o contato direto dos profissionais”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da Fila de espera na agilidade do acesso. • Ausência de comunicação profissional APS-AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Comunicação
<p>E09 - PROFISSIONAL – APS – SEDE. “ nós temos todo o cuidado de redigir relatório, de fazer uma...de referenciar da melhor forma possível, paciente com exames, com histórico de medicamentos, de alguma refratária, se refratário ou não a tratamento, temos o cuidado de pedir todos os exames por protocolo, eletrocardiograma, além de laboratório, se necessário, ecocardiograma... tudo. Enviamos tudo, mas uma coisa que não existe é essa contrarreferência da policlínica... não existe, nunca existiu.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referência completa (APS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
<p>“Nunca tive um paciente com a contrarreferência da policlínica, seja em cardiologista, seja em dermatologista, seja, enfim, qualquer outra especialidade, eles nunca enviaram a contrarreferência. Isso é um ponto muito falho da policlínica.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de contrarreferência (AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado fragmentado
<p>E03 - PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “então o paciente tem que ir todos os dias para saber quando tem vaga e agora atualmente eles estão fazendo uma lista de espera. E aí eles acabam ligando para o paciente, que o paciente muitas vezes relata para gente que esse retorno não existe! Não, com a policlínica não existe comunicação. É basicamente isso, a gente não poder dar continuidade no trabalho. Porque assim a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Filha de espera para acesso à AAE • Ausência de comunicação com entre APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Comunicação

<p>gente não sabe, acaba não sabendo das informações corretas? O quê que o paciente pode estar indo procurar como o paciente pode tá indo procurar os serviços, quais são os serviços que estão oferecidos”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da ausência de comunicação em informações sobre o AAE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
<p>E20 - PROFISSIONAL – PRS.</p> <p>“Eu normalmente faço né? alguma explicação, quando tem doença grave... eu peço os estudantes que estão comigo pra poder preencher pelo menos uma hipótese diagnóstica, com um relato breve do caso, isso é importante. “</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrarreferência atrelada à informação diagnóstica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
<p>CLASSE 2</p>	<p>CODIFICAÇÃO</p>	<p>TEMAS</p>
<p>E 16 - PROFISSIONAL APS – SEDE – UMBURANAS.</p> <p>“os limites eu acredito que seja a quantidade de oferta de vagas disponíveis para a secretaria então isso acaba implicando um pouco no acesso...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poucas vagas limitando o acesso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>“A gente tá em um município pequeno, querendo ou não existe muita troca de favores e interesses. Então como é a secretaria que fica responsável por aquele agendamento acaba que muitas vezes limita o acesso a muitas pessoas.”</p> <p>“Então eu costumo ver algumas pessoas aguardando muito tempo para fazer determinados exames e ao mesmo tempo que eu vejo pessoas com poder aquisitivo até maior, com poder de comunicação maior, com facilidade de conseguir ir, vir até a Policlínica para realizar esses exames.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de favores limitando o acesso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>“Eu não sei nem quem é o profissional. Não conheço, não sei o nome, não, não conheço. Nós não temos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de comunicação - profissional – APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação

contato nenhum com ninguém específico da policlínica.”		
E 02 - PROFISSIONAL – APS - ZONA RURAL. “Aí o vereador vai, fala com a secretaria de saúde, aí vai e agenda. Ou seja, muitos desses paciente, por uma falta de comunicação profissional profissional, acaba inchando a fila de pacientes na policlínica, que poderia tá sendo ocupada de fato por quem precisa!”	<ul style="list-style-type: none"> • Interferência política na regulação 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
“com a policlínica a integração apesar de muito recente boa tem conseguido um feedback bom da policlínica regional local, tanto em termos de tempo de agendamento quanto o retorno também.	<ul style="list-style-type: none"> • Boa integração 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
“mas ao mesmo tempo não se sabe o que foi que informou porque o colega não mandou a conduta dele e orientou como é que deve prosseguir o tratamento dele e então fica essa...” “então fica muita informação desencontrada e fica sem ter de fato uma resposta do profissional porque se ele registra no próprio papel que manda, o paciente traz de volta e consegue ter uma noção de como conduzir...”	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de contrarreferência 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado fragmentado
E19 - PROFISSIONAL – APS – SEDE - JACOBINA “Na realidade, a gente não tem muito retorno com a policlínica do do estado, né? “	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de retorno da AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
“A gente faz o encaminhamento, paciente faz o agendamento na Secretaria de saúde e assim, o que eu vejo é uma dificuldade do acesso do paciente para os exames ou até mesmo para consultas na policlínica. É um tempo muito grande... tem pacientes que até 8 meses, um ano tentando um atendimento e não consegue.”	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de espera dificulta acesso a exames e consultas 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

<p>E 09 - PROFISSIONAL – APS – SEDE “Bem, a integração é boa... assim, sempre que necessitamos... a nossa demanda... a gente passa através da Secretaria de saúde, encaminhamos o paciente e a Secretaria fica responsável por marcar as consultas na policlínica. Eh, sempre que precisamos, somos e fomos atendidos. Sempre com muitos elogios ao atendimento, ao tempo de espera, à organização da policlínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração entendida como acesso ao atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>“limites na verdade em relação a algumas especialidades que faltam ou então, tem por um período mais falta em outros, em relação a quantidade de especialistas eu acho a diversificação talvez também.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta e oscilação na disponibilidade das especialidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos
<p>E03 - PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL. “não! com a policlínica não existe comunicação, basicamente isso não poder dar continuidade no trabalho porque assim não sabe e acaba não sabendo das informações corretas”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de comunicação com AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
<p>“Normalmente hoje no município, a gente fala com o diretor da regulação e aí ele acaba passando essas informações pra gente, apenas! Não existe contato. É, não tem. Porque é um viés que para mim não existe até então. Não, nada compartilhado.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de contato profissional APS-AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
<p>E 12 - PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “de acordo com nossa realidade do interior eu acho assim que é bem fácil eu acho boa a comunicação, sempre conseguimos tá mandando os pacientes, nós sempre temos um retorno muito bom.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação entendida como acesso a atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	CODIFICAÇÃO
<p>E 16 - PROFISISONAL - APS – SEDE – UMBURANAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso do município distante a procedimentos de alto custo 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso •

<p>“ Por outro lado, como potencialidades é uma realidade maravilhosa para nós, principalmente do município , porquê somos um município muito distante e a oferta de todos os serviços é algo que nós nem imaginávamos que pudesse vir pra cá...pelo custo mesmo de alguns exames que são realizados como ressonância, tomografia, as especialidades...”</p>		
<p>“A questão do transporte também, o município poder ter aquele transporte disponível ali específico para levar e pra trazer, por conta do custo também por que muitas pessoas não conseguiam vir pra Jacobina pela questão de transporte, então acredito que as potencialidades prevalecem muito mais.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte sanitário potencializando o acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>E 11 - PROFISSIONAL – PRS – SEDE “ por exemplo, de um cardiologista, porque tudo era Salvador, a atenção. O município não dispunha de especialistas suficientes para a demanda, né? Nem em número, nem em quantidade e tipos de especialidades, né?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de especialidade reduzindo fluxo para a capital 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização

Fonte: Elaboração do autor (2023).

CORPUS 2 – REGULAÇÃO

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 02 - PROFISSIONAL APS – ZONA RURAL.</p> <p>“tem os critérios são pacientes com hipertensão arterial complicada que não conseguiram fazer o controle da pressão com uso de três medicações anti-hipertensivas em dose máxima.”</p> <p>“pacientes que já tem doença cardiovascular instalada, passado de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, são mais os casos mais complicados que encaminhamos para a policlínica os casos mais simples conduzimos na unidade”.</p> <p>“já encaminha esses com um relatório médico dizendo quais as medicações que já usa, quais são as dificuldades que pacientes tem de controle mais os exames que solicitamos e o resultado.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para referenciamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 20 - PROFISSIONAL – PRS.</p> <p>“existe uma conduta muito básica para hipertensão, que você trata primeiro o paciente com bloqueador do canal de cálcio; bloqueador do receptor de angiotensina ou inibidor da enzima conversora de angiotensina e um diurético tiazídico. Se eles conseguissem usar essas 3 medicações de maneira mais rotineira, eles evitariam alguns encaminhamentos de condições que não são tão preocupantes, né? que eles poderiam tratar por lá mesmo pelo PSF”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilidade na conduta ao hipertenso pela APS • Encaminhamentos desnecessários 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente • Protocolo
<p>E19 - PROFISSIONAL APS SEDE</p> <p>“de pacientes extremamente descompensado que mesmo com o uso correto da medicação, com a diminuição do consumo de alimentos, com com a alimentação adequada e acompanhamento com a</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para referenciamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo

nutricionista, fazendo atividade física, não consegue compensar”		
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 11 - PROFISSIONAL PRS “porque o manual de acesso diz que todo paciente que tem na policlínica, além da documentação básica, precisa de um relatório médico detalhado sobre a doença com o CID”	<ul style="list-style-type: none"> • Normas do manual de acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
“ele esse médico faz um relatório, preenche uma ficha de encaminhamento que pode ser uma ficha do própria unidade de saúde do próprio hospital ou uma nossa que disponibilizamos para essa população”.	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referência (APS – AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
E 20 PROFISSIONAL PRS “a guia mais simples de consulta com cardiologista, mesmo alguns fazem relatório, mas eu acho que uns trinta por cento fazem relatório. A referência ajudaria com certeza porque muitas vezes o paciente tem pouca instrução...”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referência (APS – AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
E 12 PROFISSIONAL – APS - ZONA RURAL – UMBURANAS “ É feito a consulta e no momento do encaminhamento qualquer paciente que seja encaminhado para a policlínica nós fazemos um relatório de encaminhamento coloca todo o histórico do paciente, o porquê que está encaminhando...” “então esse paciente quando ele precisa dessa consulta na policlínica nós fazemos um relatório, entrega a guia, entrega a requisição e o relatório.”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referência (APS – AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
E 04 PROFISSIONAL – APS – ZONA RUAL – UMBURANAS	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para referenciamento (APS_AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo

“esses critérios foram definidos por mim, risos, com base em estudo mesmo, não recebi orientação, eu solicito a consulta e faço o relatório médico.”		
E 19 APS – SEDE “através da solicitação, através de um relatório na realidade ele vem, a gente dá um encaminhamento, em conjunto com o encaminhamento a gente coloca o motivo, um relatoriozinho explicando o motivo do encaminhamento”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referência (APS – AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E4 PROFISSIONAL APS ZONA RURAL “geralmente sim eu encaminho se tiver uma hipertensão refratária que não responde com espironolactona ou quando tem alguma cardiopatia associada ou quando já tem uma diabetes associada e já faz uso de insulino terapia ai eu prefiro encaminhar para ser avaliado pelo especialista cardiologista...”	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para referenciamento (APS_AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
E 11 PROFISSIONAL PRS “Na Policlínica temos nosso manual de acesso né que a SESAB disponibiliza, onde cada especialidade tem seus, os seus critérios, né? Cardiologista, quando é que o caminho paciente ao cardiologista?”	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
“para esses profissionais porque eles preenchem a ficha solicitando a especialidade que ele quer caso seja cardiologista nesse caso e descrevendo o motivo pelo qual ele quer que encaminhe para o especialista, dessa forma que funciona.”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referência (APS – AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
E20 PROFISSIONAL PRS. “eu percebo assim que o encaminhamento quando eles fazem, eles não tem ainda um bom treinamento no tipo de tratamento que eles devem fazer porque existe uma conduta muito básica para hipertensão...”	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilidade na conduta ao hipertenso pela APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo

CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E02 PROFISSIONAL APS ZONA RURAL “mas não é muito diferente do que já fazíamos, mas existe um protocolo da policlínica que seguimos e que é para seguir, não sei como é que está agora...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importância do protocolo da PRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 12 PROFISSIONAL APS ZONA RURAL – UMBURANAS “na verdade assim nós fazemos uma avaliação a cada seis meses e sempre que necessário nós encaminhamos mas não tem um critério específico não, nesse encaminhamento para a policlínica.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de critério no encaminhamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “Eu não tenho conhecimento que mandamos paciente com hipertensão para policlínica não nunca tive essa informação, nunca mandei um paciente com hipertensão para a policlínica.”</p> <p>“nunca, nunca nenhum profissional encaminhou nas unidades que eu trabalhei, com todos os profissionais que eu trabalhei, nunca vi um paciente ser encaminhado pra policlínica, existe esse serviço mesmo de cardiologia na policlínica?”</p> <p>“existe essa referência mesmo de paciente com hipertensão para a policlínica, se precisar? Não é possível! Poxa, espero que eu não seja a única do município a não saber disso...”</p> <p>“para mim é uma novidade você tá me dizendo uma coisa dessa, que existe esse atendimento de cardiologia na policlínica... pra mim é novo, quanto mais fluxo definido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de conhecimento sobre presença da especialidade cardiologia na AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
<p>E 11 PROFISSIONAL – PRS “futuramente em um futuro recente, vamos implantar aqui agora a ressonância cardíaca que é algo assim</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de ressonância cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento tecnológico

inovador, vai ser a primeira policlínica da bahia a implantar esse sistema...”		
“não é uma simples hipertensão inicial ali que você consegue controlar com dois três medicamentos que você vai encaminhar para a policlínica então já a gente deixa a policlínica para um caso onde não se consegue ser controlado na atenção básica...”	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para encaminhamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
“então hoje nós estamos fazendo cumprir o manual de acesso...”	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento do manual de acesso nos critérios para encaminhamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 09 PROFISSIONAL APS –SEDE “que tentamos todos os tratamentos com todas as possibilidades que temos por aqui e quando não conseguimos esse controle enviamos, fora isso não tem nenhum protocolo assim: caso aconteça isso, encaminhe.”	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de conhecimento de protocolo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
“a gente primeiro faz um encaminhamento, faz um relatório com histórico da paciente, o medicamento que tá tomando, com os exames que já foram solicitados com os resultados dos exames que solicitamos.”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
E 02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “na verdade eles não foram definidos, no início nós recebemos um protocolo de encaminhamento para os profissionais que ajudou muito, que segue a sociedade brasileira de hipertensão e de cardiologia.”	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios para referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
“nós orientamos com relatoriozinho e pelo protocolo da policlínica já enviamos alguns exames por exemplo: exames laboratoriais, nós pedimos exames de laboratório pelo menos um eletrocardiograma e dá para fazer.”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
CLASSE 6	CODIFICAÇÃO	TEMAS

<p>E 02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL</p> <p>“nós pedimos e encaminhamos via relatório, deve ser via relatório de referência para agendar na secretaria municipal de saúde e a secretaria que faz esse agendamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E16 PROFISSIONAL - APS – SEDE</p> <p>“de verdade eu não sei te dizer, os encaminhamentos são feitos com a solicitação médica e os agendamentos na secretaria de saúde.”</p> <p>“os agendamentos são realizados no setor de regulação da secretaria e normalmente o paciente não sai de lá com o agendamento, ele leva a solicitação e aguarda o pessoal entrar em contato.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 12 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL</p> <p>“Ele faz a marcação lá mesmo na nossa unidade de saúde e aí a coordenadora da unidade faz esse agendamento, a gente recebe e ele só vai. Vai pra sede, pega o ônibus que é encaminhado para a policlínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de agendamento para acesso à AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação
<p>E 03 PROFISSIONAL – APS –ZONA RURAL</p> <p>“É aquela fichinha de requisição, nós mandamos o paciente pra secretaria de saúde e ele marca pra policlínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 04 PROFISSIONAL – ZONA RURAL – UMBURANAS</p> <p>“a coordenadora da unidade lá do posto é que é responsável por fazer essa marcação na secretaria de saúde...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centralização do processo de agendamento para acesso à AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação
<p>E 09 PROFISSIONAL – APS – SEDE</p> <p>“caso refratário a tal tratamento encaminhamos para a secretaria de saúde e ela de faz o agendamento na policlínica”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios e processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo

<p>E 19 PROFISSIONAL – APS – SEDE “esse relatório a gente orienta a procurar a secretaria de saúde para na secretaria fazer o agendamento e a secretaria que faz agendamento e informa o dia que ele será atendido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de agendamento para acesso à AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação
---	---	--

EXTRATOS DE FALA – CORPUS 3 – ACOMPANHAMENTO

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “como eu já mando os exames de laboratório prontos eles mandam os exames e se precisar de algo a mais é que eles pedem, em geral não pedem.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referenciamento (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 04 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “eu peço para retornar e eu que acompanho o paciente, eu oriento as vezes que tragam todos os exames que foram pedidos as receitas que foram feitas tudo isso.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de monitoramento pós consulta com especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 16 PROFISSIONAL –APS – SEDE – UMBURANAS “sim nós conseguimos ter esse retorno porque agora a nossa equipe depois que houve a divisão nós conseguimos ter um contato mais direto com as pessoas e os agentes de saúde, eles fazem esse trabalho muito fantástico .” “o que temos feito como estratégia são visitas domiciliares e as vezes não temos pernas para atender a todos.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de monitoramento pós consulta com especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento
<p>E 03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL</p>		

“que o município fizesse alguma folhinha de protocolo para que esse retorno voltasse pra unidade básica de saúde mas nunca aconteceu”	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de referência-contrarreferência 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “algumas orientações sobre o quê o paciente não sabe o que fazer e ele volta para nós, para poder explicar onde é que faz o exame e essas coisas então o paciente acaba voltando muitas vezes pra nós.”	<ul style="list-style-type: none"> • Falha nas orientações pós consulta com especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
E 19 PROFISSIONAL – APS – SEDE “não, a gente sabe pelo próprio paciente quando ele não consegue ele retorna para a unidade informando que procurou e que não conseguiu realizar o agendamento.”	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de monitoramento pós consulta com especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento
E 09 PROFISSIONAL – APS – SEDE “geralmente o paciente volta e a gente na entrevista do paciente a gente vai perguntando... assim não vem nada, a gente não tem acesso a nenhum sistema... assim porque poderia ser um sistema integrado talvez.”	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de monitoramento pós consulta com especialista. • Necessidade de sistema integrado (APS-AAE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento • Sistema logístico
E 12 PROFISSIONAL – ZONA RURAL - UMBURANAS “Sim, temos um retorno sim, nós conseguimos saber se o paciente foi porque na maioria dos casos o paciente que vai para policlínica, ele sempre retorna pra unidade com aquele resultado de exame.”	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de monitoramento pós consulta com especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento
CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMA
E 03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “acabamos tentando adivinhar o que aconteceu tudo da consulta mas assim algo contrarreferenciado não, nunca temos.”	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de contrarreferência - AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo

<p>“mas outros pacientes enfim... que nós acabamos encaminhando eu nunca recebo um feedback de nenhum nenhuma especialidade.”</p>		
---	--	--

EXTRATOS DE FALA - CORPUS 4 – SUFICIÊNCIA DA REDE

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMA
<p>E03 PROFISSIONAL - APS – ZONA RURAL</p> <p>“então assim quando tem um médico nós conseguimos referenciar esse fluxo melhor mas quando não temos a ausência do profissional temos essa dificuldade...porque o interesse do paciente mesmo na maioria das vezes é renovar a receita...”</p> <p>“sim a qualidade dos profissionais na atual gestão pra que esse acompanhamento seja melhorado, são nessas questões de profissionais mais específicos dentro das UBS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da ausência do médico na referência • Qualificação profissional • Melhora do acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • Matriciamento • Acompanhamento
<p>E 11 PROFISSIONAL – PRS</p> <p>“ Ainda existe demanda reprimida muito grande, né? que eu creio que com o tempo, a curto, médio e longo prazo nós vamos sanar essa demanda de ecocardiografia. Os outros exames nós temos: mapa, holter, teste de esforço, teste ergométrico é um teste para gente rastrear possíveis isquemias e nós temos demanda aí que ó, as vezes falta paciente muitas vezes.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda reprimida • Acesso a exames 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>“ é algo que estamos ansiosos e vai ajudar muito essa questão eu falo hipertenso, doenças cardiológicas tem tudo a ver porquê as doenças cardíacas grande parte são ocasionadas pela hipertensão descontrolada.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão descontrolada causa doenças cardíacas 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos tecnológicos

CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMA
<p>E09 PROFISSIONAL – APS – SEDE</p> <p>“que quero dizer precisa de uma rede uma multi profissionais que eu quero dizer precisa de um educador físico, precisa de um nutricionista, então em relação a isso...”</p> <p>“ainda é falho o serviço de urgência emergência da nossa região, a gente vive um período crítico aqui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento multiprofissional na rede • Falha da atenção de urgência e emergência na região 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento • Cuidado longitudinal
<p>E 16 PROFISSIONAL – APS – SEDE – UMBURANAS</p> <p>“então acredito que de agora em diante os serviços vão sendo melhor ofertados, a oferta vai ser maior, mas ainda assim não estamos com uma rede satisfatória.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora na oferta de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização
<p>“aquela rede que desejamos que aconteça de forma certinha para termos a referência a contrarreferência, o tempo oportuno de agendamentos e de retornos, mas está muito melhor do que há muitos anos atrás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RAS ideal 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização
<p>“sim um só cardiologista, que tenhamos mais dois três, não sei, para atender a demanda da regional toda.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Um cardiologista para demanda regional 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos
<p>E 02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL</p> <p>“não, porque falha no básico, eu sempre bato isso, as vezes as pessoas ficam focando tanto na atenção secundária no especialista esquecem de fortalecer a atenção básica...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falha na APS • Fortalecimento da APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da APS
<p>“Então não são suficientes não. A cota para Jacobina que é um município muito grande é pequena, porque é um cardiologista só para toda a região.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa oferta de especialista para região 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos
<p>E 20 PROFISSIONAL – PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avanço na APS e RAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção primária

“melhorou muito eu historicamente gosto de visualizar essa parte de atenção primária do sus de uma forma geral e eu acho que melhorou muito para a região da Bahia que não tinha...”		
“a gente tem um sus que precisa ser muito, muito, muito melhorado tanto no cuidado com hipertensão como doenças que são geradas pela hipertensão.”	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento do cuidado ao hipertenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado compartilhado
“mas tem como a gente fortalecer ainda mais essa questão do cuidado principalmente ofertando muito mais vagas para os pacientes hipertensos.”	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da oferta de vagas para atendimento especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
“os pacientes mesmos trazem essa queixa de que demora muito para conseguir uma consulta e se agente tiver um protocolo uniformizado para poder captar esse paciente mais grave e que a gente possa ofertar mais vagas.”	<ul style="list-style-type: none"> • Demora no acesso a consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMA
E 02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “principalmente pós pandemia aumentou muito o número de pacientes com complicação de hipertensão e complicação porque fizeram acidente vascular cerebral, porque fizeram porque infartaram, porque tem outras doenças coronarianas, insuficiência cardíaca por chagas, que ainda tem muito principalmente na zona rural.	<ul style="list-style-type: none"> • Complicação de pessoas com HAS pós pandemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado
E 19 PROFISSIONAL – APS – SEDE “Então, tem pacientes que são acompanhados na rede privada no cardiologista e na atenção básica. No geral, ainda é insuficiente.”	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência da rede • Busca da atenção privada 	<ul style="list-style-type: none"> • RAS • Rede privada

<p>E 09 PROFISSIONAL – APS – SEDE</p> <p>“eu acho que sempre precisa melhorar alguma coisa porque a questão da hipertensão ela não vem sã com aquele cuidado medicamentoso, eu acho falho porque principalmente a parte de educador físico a gente sabe que a atividade física é essencial pra quem é hipertenso como forma de prevenção e controle da hipertensão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturação do cuidado ao hipertenso para além da medicalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado integral
<p>E 20 PROFISSIONAL – PRS</p> <p>“porque já no final da linha do cuidado de hipertensão aquele que foi maltratado na hipertensão ele infarta.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Linha de cuidado à HAS • Consequências do cuidado inadequado à HAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Linha de cuidado • Cuidado fragmentado
<p>“então eu vejo que ainda é muito carente, eu acho que o seu estudo vai ajudar muito nisso para trazer essas políticas públicas para melhorar esse tratamento de hipertensão que a doença que mais mata no mundo que gera o infarto agudo do miocárdio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da pesquisa para elaboração de políticas públicas • Qualificação do cuidado ao hipertenso <p>Letalidade da hipertensão (IAM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas • Cuidado integral
CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMA
<p>E 11 PROFISSIONAL – PRS</p> <p>Hipertensão mau controlada por muito tempo e levam todos esses desfechos que vão precisar desse aparato e esses pacientes geralmente são o hipertensos então acaba que há um atendimento do hipertenso também.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descontrole da HAS leva desfechos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado fragmentado
<p>E 04 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL</p> <p>“Acho que a gente não supre a necessidade da região.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência da RAS 	<ul style="list-style-type: none"> • RAS
CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMA
<p>E 09 PROFISSIONAL – APS – SEDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de medicação anti-hipertensiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado fragmentado

“Em relação a hipertensão acredito que sim, porquê tem períodos que falta medicamento, que é um problema grave aqui em Jacobina.”	<ul style="list-style-type: none"> Falha na estruturação no cuidado ao hipertenso 	
CLASSE 6	CODIFICAÇÃO	TEMA
E 19 PROFISSIONA – APS – SEDE “ as vezes é necessário que ele busque a rede privada para a partir daí o médico da rede privada fazer o acompanhamento ou fazer a mudança da medicação.	<ul style="list-style-type: none"> Busca da rede privada para acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> Rede privada

EXTRATOS DE FALA – CORPUS 5 – ACESSO

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 11 PROFISSIONAL – PRS “com protocolos muito dificilmente o paciente hipertenso vai vir na policlínica descompensado, são casos excepcionais, no máximo vem pra fazer um exame, uma consulta de rotina mas quando você tem uma atenção básica forte e o paciente realmente acompanhado, dificilmente acontece.”	<ul style="list-style-type: none"> Importância do protocolo no controle da HAS Fortalecimento da atenção básica evitando agudização da HAS 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo APS
“o que a gente vê muito na atenção básica, o que a gente ouve muito, eu também trabalho na atenção básica, a troca de profissionais contínua...” “um dos preceitos básicos é a continuidade, a questão do vínculo com a comunidade e infelizmente hoje em dia talvez porquê não ser um plano de carreira na atenção básica...”	<ul style="list-style-type: none"> Rotatividade de profissionais da APS interfere no vínculo continuidade do acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos
“já atendi aqui um jovem com hipertensão, quadro que poderia ser muito bem tratado na atenção básica e aí perguntei a ele como conseguiu a consulta, disse que tinha sido com um vereador...”	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento de perfil elegível para ser acompanhado na APS Interferência política no acesso à consulta 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo Acesso
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMA
E 20 PROFISSIONAL - PRS		

<p>“eu acredito que a gente tem como ampliar a oferta de serviço e eu acho que tem muito paciente hipertenso mal tratado, mal controlado que não está tendo a oportunidade de vir para câ.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da oferta do serviço de cardiologia • Dificuldade de acesso a pacientes com perfil para acompanhamento especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>E 11 PROFISSIONAL – PRS</p> <p>“não, não existe protocolo até onde eu saiba no posto de saúde: paciente perfil tal eu vou encaminhar paciente perfil, não tem...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de protocolo para encaminhamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo
<p>E 09 PROFISISONAL – APS –SEDE</p> <p>“quando a gente precisa encaminhar pacientes com hipertensão, eu acho que sim, não é nada tão absurdo assim...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidade no acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>E 20 PROFISSIONAL – PRS</p> <p>“tem pacientes muito mais graves que demoram muito tempo para chegar aqui pra ser avaliado e assim terem um bom prognóstico.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade no acesso à AAE por pacientes mais graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMA
<p>E 19 PROFISSIONAL – APS – SEDE</p> <p>“então o número de profissionais que a policlínica disponibiliza é insuficiente para esse atendimento ser oportuno.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos insuficientes no atendimento especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos
<p>E 12 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL – UMBURANAS</p> <p>“em relação a marcação, quando precisamos da policlínica não costuma demorar tanto, a gente tem uma resposta muito boa em relação a isso...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca demora no acesso à consultas/procedimentos solicitados 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

<p>E03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL – JACÓ</p> <p>“e a paciente ficou muito tempo na fila de espera aí eu consegui por amizade que uma ginecologista amiga minha conhece a médica da policlínica e a paciente foi para lá sem ser agendada...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muito tempo na fila de espera • Acesso à consulta médica sem agendamento, por vínculo pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>E11 PROFISSIONAL – PRS – SEDE</p> <p>“um profissional tá aqui hoje, três meses já sai e vem outro então nunca segue uma linha, a relação médico paciente fica muito fragilizada.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotatividade de profissionais • Fragilização da relação médico-paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos
<p>E02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL</p> <p>“as vezes eu demoro três meses para conseguir uma avaliação com cardiologista quando poderia ser em menos tempo... as vezes eu consigo com três, seis meses, quando eles desistem e vão pro particular!”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demora no acesso à consulta especializada • Procura do serviço particular pela demora do acesso ao serviço público 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Rede privada
<p>“eu detecto que ele tá com hipertensão resistente em uma semana, duas semanas três semanas no máximo eu gostaria de ter esse retorno pelo menos que ele passasse por essa avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idealização de acesso mais rápido à avaliação com especialista 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso
<p>E 19 PROFISSIONAL – APS- SEDE</p> <p>não infelizmente eu acredito que não ocorre em tempo oportuno pela grande demanda, porque ela atende não só jacobina, ela atende toda a região.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acesso em tempo oportuno • Vagas insuficientes para região. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMA
E11 PROFISSIONAL – PRS – SEDE “então acaba que isso fragiliza a atenção e as vezes entre um médico e outro fica dois três meses sem médico o posto, então acaba que sobrecarrega muitas vezes pacientes descompensados por uma falta de uma atenção básica bem estruturada.”	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilidade na atenção pela rotatividade profissional • Ausência de atenção à pacientes descompensados pela desestruturação da APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos • APS
CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMA
E03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “então ela atendeu a paciente sem estar no agendamento pra depois que ela atendeu que ela viu a real situação, a paciente foi pra secretaria e começou a marcar mas assim em tempo oportuno nunca a paciente ficou anos esperando essa consulta.	<ul style="list-style-type: none"> • Demora no acesso a consulta especializada 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

EXTRATOS DE FALA – CORPUS 6 – ESTRATÉGIAS DE APRIMORAMENTO PARA INTEGRAÇÃO DA APS E AAE

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMA
E11 PROFISSIONAL – PRS “mas vai diretor geral, assessoria assistencial, muitas vezes vai o jurídico também, uma equipe da policlínica pra tentar aculturar mesmo mostrar o que é a policlínica, quais são as dificuldades...”	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa de matriciamento visando propagação de informações 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento
“existe uma estratégia da policlínica que são os matriciamento, onde nós vamos em cada município, nem sempre eu como diretor clínico tenho como ir, mas quando eu posso sempre estou presente.”	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento in locu visando aproximação com municípios 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento
E 12 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL – UMBURANAS “porquê assim na maioria das vezes é uma comunidade muito carente, então assim, o paciente tem aquela necessidade, nós atendemos, fazemos o	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade no acesso ao transporte sanitário por pacientes da zona rural 	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte sanitário

encaminhamento, entrega a guia tudo direitinho. Mas na maioria das vezes esse paciente não tem condições de ir até aquele serviço de saúde, compreende? Então assim, se existisse um transporte, alguma coisa do tipo, eu acho que facilitaria bastante.		
E 16 PROFISSIONAL – APS – SEDE UMBURANAS “porque as vezes nós até encaminhamos algumas coisas e não encaminhamos talvez conforme o que a policlínica precisa... os parâmetros, os critérios, então até o momento não obtivemos.”	<ul style="list-style-type: none"> Referenciamento sem critérios estabelecidos pela ausência de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo
E 03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL “então as vezes o paciente não tem essa comunicação, então tem essa dificuldade e não tem como saber dentro da policlínica, então a melhor comunicação da policlínica com a equipe.”	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da comunicação entre profissionais AAE-APS Ausência de contrarreferência para melhora da comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação Cuidado fragmentado
E 09 PROFISSIONAL – APS –SEDE “essa contrarreferência serve para o próprio segmento do paciente, serve até para que não mande o paciente de novo para eles, para que consiga solucionar de uma forma melhor, então uma única queixa que eu tenho em relação a policlínica é isso mesmo.”	<ul style="list-style-type: none"> Contrarreferência enquanto instrumento positivo ao seguimento do paciente Contrarreferência enquanto instrumento que evita encaminhamento desnecessário 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado compartilhado
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMA
E 16 PROFISSIONAL – APS – SEDE UMBURANAS “comunicação, eu acho que a comunicação, principalmente com os profissionais da atenção básica,	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação entre profissionais APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação

para se ter um canal de comunicação com o pessoal da referência da policlínica da média complexidade. ”		
“então as vezes nós não conseguimos ter o acesso a informação, as vezes nós estamos com o usuário e precisaria ter um retorno, então eu acho que falta um pouco essa comunicação mesmo.”	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de um canal de comunicação entre APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
E 03 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL		
“a comunicação, então eu acho que a comunicação é fundamental, a base de tudo, a comunicação, na verdade nós encaminhamos o paciente e o paciente fica solto.”	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação como base para o cuidado longitudinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
E 04 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL – UMBURANAS		
“eu acho que essa comunicação entre os profissionais mesmo sabe essa questão de como que funcionaria essa comunicação, porque na verdade assim, não recebe nem essa orientação.”	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da comunicação entre profissionais APS e AAE • 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
“acho que os profissionais da policlínica também não recebem essa orientação de como que é feito essa comunicação, como que entra nesse diálogo; eu por exemplo nem conheço quem é o cardiologista de lá.”	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de educação em saúde aos profissionais da AAE sobre importância da comunicação • Necessidade de vinculação entre profissionais da APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Vinculação
“então assim acho que seria mesmo uma questão de organização do fluxo de comunicação mesmo entre os profissionais.”	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do fluxo de comunicação entre profissionais da APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMA
E02 PROFISSIONAL – APS – ZONA RURAL		

<p>“já que eu acho que a via de comunicação padrão seria aquela ficha de referência e contra referência, se eu já conseguisse pelo menos deixar protocolado isso e ter isso como uma regra, que todos fizessem, já ajudava...acho que 80%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de referência e contrarreferência enquanto via positiva de comunicação padrão 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação
<p>E 09 PROFISSIONAL – APS – SEDE</p>		
<p>“ a questão da contrarreferência deles, a questão sabe que a policlínica tá lá para especialidades, então aquela história de novo, o que não consegue resolver aqui encaminha para a policlínica.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de contrarreferência da AAE para seguimento do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado compartilhado
<p>“e por parte da policlínica eu acho que seria eles terem essa atenção com a atenção primária por quê essa contrarreferência serve para o próprio segmento do paciente.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atenção da AAE com APS 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação
<p>“ a contrarreferência pra caminharmos juntos, ter essa atenção daqui para lá, que tivessem a atenção de lá para cá também.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Contrarreferência para cuidado integrado 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado compartilhado
<p>E 16 PROFISSIONAL – APS – SEDE UMBURANAS</p>		
<p>“ principalmente entre o pessoal daqui e da policlínica, isso não sei se seria possível, mas falta comunicação, talvez um canal direto que nós pudéssemos entrar em contato.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de comunicação entre APS e AAE Necessidade de um canal direto de comunicação entre APS e AAE 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação

**APÊNDICE 11 - CORPUS E EXTRATOS DE FALA – SEGMENTO GESTÃO
CORPUS 1 – RAS – APS COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO**

CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 17 APOIADOR INSTITUCIONAL – APS – CIDADE POLO “para mim rede de atenção de saúde, ela tem a premissa de melhorar a resolutividade quanto melhor comunicação entre os pontos da rede, ampliando a qualidade do serviço, ofertado e melhorando a resolutividade do quadro clínico dos pacientes.”</p> <p>“atenção primária é o primeiro contato do usuário com o sistema único de saúde, ela tem a premissa de fazer o diagnóstico primário, tratar, reabilitar, acompanhar, monitorar, estadiar.”</p> <p>“ela faz o primeiro contato e dependendo do quadro clínico ela consegue até fechar o diagnóstico, acompanhar, estadiar e recuperar esse paciente.”</p>	<p>Resolutividade da rede.</p> <p>APS como porta de entrada, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RAS • APS
<p>E 15 COORDENADORA DO NRS “então é algo de uma amplitude muito grande que compreende na ponta na assistência mas também na média e alta complexidade com atenção aos serviços.”</p>	<p>Complexidade da assistência em rede nos níveis de atenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RAS
<p>E 13 EX GESTOR APS CIDADE POLO “a rede de saúde é compreendida como um espaço de articulação entre os serviços de saúde, de dentro de um município, de um estado que visa ofertar diferentes serviços em seus graus de complexidade obedecendo a integralidade do ser e a universalidade do serviço.”</p> <p>“que deve ter uma resolução, assim uma resolutividade em torno de oitenta por cento dentro do espectro dos serviços de saúde de que precisa ser fortalecida seja pelos gestores seja pelos usuários e pelos profissionais.”</p>	<p>- Rede enquanto responsável pela oferta de serviços complexos</p> <p>- APS enquanto nível resolutivo de oitenta por cento dos problemas de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RAS • APS
CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 15 COORDENADORA DO NRS CENTRO NORTE</p>	<p>- Equipe da APS responsável por atender necessidades locais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APS

<p>“então lá na atenção primária que é atenção básica, simbolizada por aquela estrutura de uma unidade de saúde, ela tem uma equipe multiprofissional que atende a todas as necessidades locais.”</p>		
<p>E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“muito importante é a porta de entrada onde tudo acontece, então com a estratégia saúde da família, que pensou em ter uma equipe que atende lá naquele território onde conhece toda a realidade local.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - APS como porta de entrada - Equipe da APS no território - Equipe da APS conhece realidade local 	<ul style="list-style-type: none"> • APS
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 15 COORDENADORA DO NRS CENTRO NORTE</p> <p>“ desde doenças prevalentes crônicas como hipertensão, o diabetes a um diagnóstico também laboratorial, a atenção básica ela é a porta de entrada para o usuário do sus”.</p> <p>“ a rede de atenção à saúde precisa estar integrada porque ela é ampla.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - APS como porta de entrada - Necessidade de integração da rede. 	<ul style="list-style-type: none"> • APS • Integração assistencial
<p>E 05 COORDENAÇÃO DA AB – MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“Então como é que funciona a gestão mesmo da atenção básica: a ideia, a estratégia do SUS é que os problemas de saúde sejam levantados na comunidade, por meio das micro áreas de cada agente de saúde e essas demandas sejam trazias pra equipe, pra unidade, a fim de ser resolvidas.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Territorialização do cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • APS
<p>E 13 EX GESTOR – APS – CIDADE POLO</p> <p>“a importância da atenção básica é justamente como porta de entrada, com a porta resolutive, que deve ser resolutive para a maioria dos problemas, principalmente para as doenças crônicas não transmissíveis.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resolutividade da APS 	<ul style="list-style-type: none"> • APS
<p>E 14 GESTOR – APS – CIDADE POLO</p> <p>“Na verdade o que eu ouço sempre é que é a porta de entrada da saúde, é a parte mais significativa, porque muitas vezes nós focamos muito nos hospitais, mas onde nós precisamos atuar é na atenção básica.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - APS como porta de entrada no SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • APS

CORPUS 2 – GOVERNANÇA REGIONAL

CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E 15 COORDENADORA DO NRS</p> <p>“o estado dentro do regimento da comissão_intergestores_regional fica na coordenação geral em um biênio de dois anos e o coordenador adjunto que é um dos secretários votado por seus pares fica como adjunto naquele biênio.”</p> <p>“diante também de um plano_regional_integrado também hoje dentro do plano_plurianual do próprio governador do estado traz a discussão ,traz técnicos e se avalia a relevância.”</p> <p>“a atenção básica ela já veio com a pactuação pronta que chama uma proposta, uma estratégia do governo federal tripartite porque entra o município com a sua contrapartida e entra o estado também com a sua contrapartida.”</p>	<p>- Estruturação burocrática da CIR</p> <p>- PRI e PPA enquanto ferramenta da gestão</p> <p>- Pactuação da APS formulada pelo governo federal</p> <p>- Pactuação da APS tripartite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR • Planejamento • Pactuação
<p>E08 DIRETOR GERAL – PRS</p> <p>“Estamos nós Policlínica, sempre como convidados e o núcleo, o núcleo regional também, a representação do núcleo regional também está e alguns convidados a depender da temática que está sendo abordada.”</p>	<p>- Participantes da reunião da CIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
- Obs: extratos de fala já presentes em outras classes.		
CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E5 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“tem secretário que chega e põe em prática, tem outros que não, então quem tá aqui na parte técnica é quem realmente carrega nos ombros essa responsabilidade.”</p> <p>“Aqui quem participa é o secretário, nós aqui muito pouco, já participei de algumas. Inclusive vou desabafar aqui! Isso é importante ter publicado em artigos, não sei se você vai colocar isso, mas nós coordenadores da atenção básica, nós temos uma dificuldade muito grande de participar das reuniões da Comissão_Intergestores_Regional aqui na região de Jacobina, porque</p>	<p>- Responsabilidade dos técnicos em por em prática as determinações em saúde.</p> <p>- Participação nas reuniões da CIR</p> <p>- Dificuldade em participar das reuniões pelos técnicos da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão em saúde • CIR

<p>os secretários não querem que os coordenadores_da_atenção_básica participem de forma ativa da reunião.”</p> <p>“Eu mesmo participei de umas duas e me senti praticamente excluída, não pelo fato de eu não poder votar, não seria isso, quem vota é o secretário, mas é pelo fato de não poder participar e não ter uma participação ativa como deveria ter.”</p>	<p>- Sentimento de exclusão dos coordenadores de atenção básica das reuniões da CIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
<p>E13 EX GESTOR APS CIDADE POLO</p> <p>“Até onde eu sei, secretário de saúde, secretário de saúde estadual e os secretários municipais. Não sei se o Conselho de saúde tem cadeira, fico em dúvida aqui.”</p> <p>“deveriam ser levantadas questões, nas reuniões, das diretorias e essas discutidas com seu órgão máximo, que é o secretário, enfim, nós colocarmos em pauta como no conselho municipal de saúde.”</p>	<p>- Participação nas reuniões da CIR</p> <p>- Pauta das reuniões da CIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR • CIR
CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“A pauta geralmente é definida pela demanda e eles geralmente fazem a publicação. Só que na maioria das vezes nós nem sabemos da reunião da Comissão_Intergestores_Regional”</p> <p>“Não é divulgado nem a data, nem a pauta das reuniões da Comissão_Intergestores_Regional. É divulgado provavelmente no grupo dos secretários, então essa pauta deveria assim, mais estender o convite.”</p>	<p>- Pauta das reuniões da CIR</p> <p>- Divulgação das reuniões da CIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR • CIR
<p>E 15 COORDENADORA DO NÚCLEO REGIONAL</p> <p>“ Quem participa das reuniões da Comissão_Intergestores_Regional são todos os Secretários_de_Saúde da micro, mais o coordenador do núcleo, que é o coordenador no biênio adjunto, ou coordenador geral, mas os membros efetivos do estado, que tem um membro efetivo da Secretaria_Estadual_de_Saúde_da_Bahia e um membro efetivo do Núcleo, que é publicado em diário oficial, os quais têm direito a fala e a voto, mas se algum servidor, se algum Secretário_de_Saúde ou coordenador do núcleo achar importante levar um técnico, quando a pauta é técnica, pode levar.”</p>	<p>- Participação nas reuniões da CIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR

E08 DIRETOR GERAL – PRS “Eu não tenho propriedade em relação as pautas das reuniões da CIR.”	- Desconhecimento sobre pautas das reuniões da CIR	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
E 17 APOIADOR INSTITUCIONAL – CIDADE POLO “Os diretores, normalmente eles dialogam com os secretários. Esses pontos, que são discutidos na reunião da Comissão Intergestores Regional, eles podem ser sugeridos tanto pelos diretores quanto pelo secretários, quanto pela própria Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia.”	- Pauta das reuniões da CIR	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE “Aí eu não sei porque, se é porquê não pode, se existe algum regimento interno que não pode, ou é porque realmente eles não querem a nossa participação, então assim, eu acho que aí está existindo uma barreira, entendeu?”	- Barreira na participação das reuniões da CIR	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
E 13 EX GESTOR APS – CIDADE POLO “O que eu sei é que é uma decisão colegiada, através de secretários de saúde, que são votados entre eles e vão articular, pactuar alguns serviços, visando equalizar mais ou menos assim.”	- Decisão colegiada através dos secretários de saúde - Secretários de saúde votam, articulam, pactuam serviços	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
CLASSE 6	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 17 APOIADOR INSTITUCIONAL – CIDADE POLO “Normalmente o secretário de saúde. Dependendo da pauta, ele leva o diretor ou técnico da pauta que vai ser discutida no dia do encontro. Geralmente é o secretário de saúde que participa.”	- Secretário de saúde nas reuniões da CIR - Técnico ou diretor participa das reuniões a depender da pauta	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE “as vezes o secretário nem entende, nem tem o conhecimento que nós aqui da área técnica temos e também a necessidade de discutir e aí quando vamos, não somos bem recebidos.”	- Falta de conhecimento do secretário de saúde - Recepção ruim dos profissionais técnicos nas reuniões da CIR	<ul style="list-style-type: none"> • CIR

CORPUS 3 – QUALIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL - PRS</p> <p>“aquele município que recebeu mais de um determinado serviço, mas que ele não usa, o próprio sistema permite que ele faça uma troca, um intercâmbio com outro município, e faça ou doação ou troca desse serviço por outros serviços.”</p> <p>“Então, levamos isso para o para o conselho_consultivo, discutimos com o conselho_consultivo e daí levamos para assembleia e daí foi aprovado para fazermos a contratação iniciar esse serviço.”</p> <p>“As decisões no contrato_de_programa e no estatuto, tem um arcabouço que amarra todas essas decisões que são inicialmente feitas para o contrato em si. Nós temos uma liberdade com o Conselho_Consultivo de entender nas discussões que nós fizemos com o secretariado, o que é melhor para os municípios, certo? Então temos sempre assim essa abertura no sentido de decidir”</p> <p>“o conselho_consultivo ele é formado por todos os secretários_dos_municípios, então eu tenho dezoito municípios, o conselho_consultivo é formado por dezoito.”</p> <p>“E como tem uma participação maior no custeio do governo do estado então ela acaba sendo bem tranquila entre os gestores dos municípios. Então é algo que vem assim, bem, muito bem, tranquilo mesmo.”</p> <p>“Não há, de forma direta, uma participação até então do governo federal nesse custeio, certo. Então o custeio é estado que entra com com quarenta_por_cento do custeio e municípios, que entra com sessenta_por_cento do custeio.”</p> <p>“De que forma? Da mesma forma como é distribuída, a pactuação dos serviços de forma per capita também.”</p>	<p>- Trocas de cotas entre os municípios.</p> <p>- Levam discussões ao Conselho Consultivo e Assembleia.</p> <p>- Decisões no contrato de programa estruturadas de forma sólida.</p> <p>- Abertura nas discussões com o Conselho Consultivo.</p> <p>- Integrantes do Conselho Consultivo</p> <p>- Custeio interfederativo do consórcio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação assistencial • Policlínica Regional de Saúde • Financiamento

	- Custeio interfederativo do consórcio.	
E05 COORDENADORA DA AB – MUNICÍPIO DISTANTE “eles fazem uma projeção, um planejamento para o Brasil todo e o Brasil é diferente, tem regiões diferentes né? olha o tamanho desse país? Então assim, os municípios pequenos acabam sofrendo, eu digo o tempo todo, parece que eles esquecem.”	- Sofrimento dos municípios pequenos a respeito do financiamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 15 COORDENADORA DO NRS “Tanto o município, como o estado, como o governo federal tem um planejamento estratégico. E existem pactuações que nós avaliamos através de indicadores de saúde.” “Então, o município tem indicadores a serem cumpridos e nós, através do estado, o Núcleo_Regional_de_Saúde avalia o alcance ou não dessa meta, desses indicadores.” “Mas esses indicadores eles são importantes porque são através da avaliação desses indicadores, nós sabemos como é que se encontra o perfil epidemiológico de cada município, no âmbito da sua gestão.”	- Planejamento estratégico dos entes federados. - Avaliação de pactuações pelos indicadores de saúde. - Núcleo avaliando alcance de metas dos indicadores - Indicadores como sinalizadores do perfil epidemiológico regional	<ul style="list-style-type: none"> • Pactuações • Avaliação em saúde • Avaliação em saúde
E 13 EX GESTOR APS – CIDADE POLO “pontuar sobre as necessidades de cada região que não são iguais, mesmo estando numa mesma micro ou macro regional de saúde, e aí o estado, ele vem como articulador e facilitador dessa comunicação para oferta de saúde.” “Em relação à federação, eu coloco também um estado como mediador para levar essas interlocuções e cobrar mais incentivos, “então o estado é intermediador dessa articulação frente à federação.	- Necessidades distintas das regiões de saúde de uma micro ou macrorregião - Estado como articulador da comunicação entre os municípios - Oferta de saúde - Estado como articulador cobrando incentivos; - Estado intermedia articulação com federação.	<ul style="list-style-type: none"> • Governança
E 08 DIRETOR GERAL DA PRS “além do desses dezoito municípios, temos a participação do estado através do Núcleo_Regional, a diretora do núcleo regional e eu como diretor_geral_da_policlínica, e também alguns diretores do consórcio também eventualmente participam.”(conselho consultivo)	- Pariticipação do NRS e PRS nas reuniões do Conselho Consultivo	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Consultivo
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 05 COORDENADORA DA AB – MUNICÍPIO DISTANTE		

<p>“tem o entrave político e ainda precisa aproximar muito o governo_do_estado com o governo federal e o governo municipal. Eu acho que precisa ter, falar a mesma língua.”</p> <p>“Tem as conferências? Tem. Mas as conferências são a cada dois anos, é muito tempo. Então a Comissão_Intergestores_Regional tem melhorado, mas ainda tá a desejar no meu entendimento.”</p> <p>“Tanto é que uma das propostas da Conferência_de_Saúde que teve agora final de março né? uma das propostas da conferência é melhorar o financiamento da atenção básica e dar mais autonomia aos gestores municipais para regulação nas policlínicas, esse era um dos eixos temáticos,”</p>	<p>- Melhor comunicação entre os entes federativos.</p> <p>- CIR melhorando discussões.</p> <p>- Proposta de melhorar financiamento da APS. - Autonomia dos gestores municipais na regulação das PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Governança • CIR • Financiamento • Regulação
<p>E13 EX-GESTOR APS – CIDADE POLO</p> <p>“principalmente a questão de recursos, porque nós sabemos que existe aí o repasse fundo a fundo e quem vai fazer essa articulação através das conferências municipais, conferências estaduais, das necessidades estaduais, então o estado é intermediador dessa articulação frente à federação.”</p> <p>“é uma decisão colegiada, através de secretários de saúde, que são votados entre eles e vão articular, pactuar alguns serviços, visando equalizar mais ou menos assim, descentralizar alguns serviços da capital, enfim, e que eles são definidos assim, são decididos por ordem de complexidade e prioridade para aquele local do estado.”</p>	<p>- Recursos enquanto problemática</p> <p>- Estado intermedia articulação com federação a partir das Conferências de Saúde referente a recursos.</p> <p>- Processos de tomada de decisão na CIR.</p> <p>- Descentralização de serviços da capital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento • Governança • CIR • Regionalização
<p>E 08 DIRETOR GERAL DA PRS</p> <p>“A pactuação se dá através de um contrato_de_programa onde nesse contrato_de_programa, os entes são os dezoito municípios consorciados, mas o estado.”</p> <p>“Nessa pactuação todos os serviços que estão dentro do contrato de programa e que a policlínica, por intermédio do consórcio consegue contratar isso é transformado em números de atendimentos e de forma per capita é distribuída pelos municípios consorciados.”</p>	<p>- Pactuação realizada a partir de contrato de programa.</p> <p>- Contratação de serviços pela policlínica através do consórcio.</p> <p>- Rateio do número de cotas entre municípios de forma per capita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pactuação

<p>“Nas reuniões da Comissão Intergestores Regional eu estou mais como convidado, por quê temos reuniões próprias do Conselho Consultivo. Como a maioria dos membros do conselho consultivo, que são os secretários de dezoito municípios consorciados”</p>	<p>- Participação nas reuniões da CIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CIR
<p>E 17 APOIADOR INSTITUCIONAL</p> <p>“na nossa região, nós temos um consórcio que contempla os 19 municípios. Este consórcio, ele visa a contratação e a pactuação de serviços entre os municípios para que otimize o acesso do paciente às redes de assistência.</p> <p>“Normalmente as pactuações, elas acontecem mais nos serviços de média e alta complexidade. Na atenção primária, normalmente não há pactuação entre os municípios, é responsabilidade de cada um.”</p>	<p>- Consórcio na região contemplando dezenove municípios.</p> <p>- Consórcio visando otimizar acesso a RAS.</p> <p>- Pactuações ocorrendo na média e alta complexidade.</p> <p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consórcio interfederativo de saúde • Pactuação

CORPUS 4 - FINANCIAMENTO DA RAS

CLASSE 6	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E13 EX GESTOR APS – CIDADE POLO</p> <p>“O recurso, vem mudando ao longo dos anos, inclusive hoje nós temos aí um programa que é o chamado previne Brasil para a atenção básica, onde vem trazendo os indicadores, pontuando aí pela captação ponderada e pela produtividade que é alvo de muita discussão nos órgãos colegiados, na Comissão Intergestores Regional, nos Colegiados de Coordenações de Atenção Básica.” na reunião da atenção básica e que muito está relacionado ao aumento do cadastro do usuário, e que nem sempre bate certo.</p> <p>“Você precisa direcionar o recurso, o gestor está vendo lá que o recurso está relacionado a atenção básica, você pode gastar ou investir, gastar não, porque é investimento... da forma como você achar correto, o que não se torna muito transparente o uso do recurso público para o que se destina.”</p>	<p>- Modificações da estrutura do recurso</p> <p>- Previne Brasil a partir de indicadores</p> <p>- Repasse financeiro pela pontuação, captação ponderada e produtividade.</p> <p>- Gestor direcionando o recurso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento • Financiamento

	- Falta de transparência do uso do recurso público	
CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E 15 COORDENADORA DO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE <p>“Hoje, nós temos um mínimo de quinze_por_cento para aplicação desse recurso financeiro. Mas é algo que eu ainda acho que é equivocado por alguns gestores. Há má aplicação desse recurso financeiro, porém, é o mínimo que se pode tratar hoje dentro da saúde.”</p> <p>“Alguns municípios dizem que chegam, eles falam em gasto. Para mim, não é gasto, pra mim é investimento, em custos de até vinte_e_cinco_por_cento.”</p>	- Mínimo de quinze por cento da aplicação do recurso financeiro. - Má aplicação do recurso financeiro. - Gastos por município de até vinte e cinco por cento.	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE <p>“Então cada programa que você vai colocando no município você tem um incentivo financeiro e a palavra já diz é um incentivo, não é para cobrir o programa todo e a contrapartida vem do município. Nessa situação, a grande parte do recurso acaba sendo contrapartida do município.”</p> <p>“Uma equipe de saúde da família hoje nós recebemos o credenciamento para quatro equipes de saúde da família agora no valor de vinte_mil_reais que o ministério da saúde repassa, não paga o valor do médico, porque se pedimos um médico aqui quarenta horas por vinte_mil_reais ele não vem! Você tá entendendo? Então é tudo por conta do município dentro desses quinze_por_cento.”</p>	- Incentivo financeiro por programa implantado no município - Município com a maior contrapartida do recurso. - Gastos municipais extrapolando quinze por cento do financiamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento
CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E15 COORDENADORA DO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE <p>“Mas assim, quando nós avaliamos de perto, nós vemos que é uma má aplicação desse recurso. Não existem os instrumentos que são obrigados como plano_de_saúde que tem que ter, o planejamento_estratégico ele é fundamental dentro, que são instrumentos que direcionam a aplicação desse recurso.”</p>	- Avaliação identificando má aplicação do recurso - Planejamento estratégico e plano de saúde fundamental direcionam aplicação do recurso.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão em saúde • Instrumentos de gestão
E 13 EX GESTOR APS – CIDADE POLO		

determina as rubricas dos recursos fica inteiramente de responsabilidade do município, e aí é quando acontece os devaneios do recurso público, porque se você não direciona, como é o caso hoje do bloco da atenção básica, tudo é o bloco da atenção básica.	- Não determinação de rubricas dos recursos gerando devaneios do recurso público.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão em saúde
E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICÍPIO DISTANTE “todo município pequeno ele acaba sofrendo mais. Então assim, existe as contrapartidas, existe! O ministério da saúde dá a contrapartida dele, o estado dá, o município dá, porém, ainda é muito baixa e tem muita burocracia também.”	- Dificuldade financeira pelos municípios de pequeno porte; - Baixa contrapartida financeira do estado e união.	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento

CORPUS 5 – PACTUAÇÃO REGIONAL

CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE “Porém, na nossa avaliação algo que nós sabemos é que não é substancial, por que nós não temos um indicador de saúde referente ao financeiro na aplicação disso aí...” “ porque os municípios são autônomos na utilização dos recursos e a aplicação desses, então ao núcleo fica apenas de forma, vamos dizer qualitativa.” “Nós observamos que uma micro se desenvolve mais com a aplicação desse recurso, nós avaliamos de forma qualitativa, que é mais efetiva em uma micro do que na outra, porque é justamente a fragilidade dos instrumentos que se usam e do planejamento estratégico para a aplicação desse recurso nos serviços.”	- Ausência de indicador referente ao financiamento. - Municípios tendo autonomia na utilização dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento • Gestão em saúde
CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA- MUNICÍPIO DISTANTE “Não sei se você sabe disso: as meninas reguladoras sofrem! Tem hoje uma consulta marcada com especialista, com o nefrologista, por exemplo e aí o nefro está lá na policlínica e ele desiste de trabalhar, ou	- Perda financeira do município na ausência de atendimento na PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Cotas de atendimento

<p>ele tá doente e não vai. A consulta do paciente vai ser reagendada? Não! O paciente perde a consulta e temos que esperar abrir outra vaga, para tentar encaixar o paciente. Ou seja, quem é que perde? O município, financeiramente.”</p>		
<p>E17 APOIADOR INSTITUCIONAL – MUNICÍPIO POLO “após a assinatura da pactuação são alocados recursos, e os municípios, eles têm acesso ao extrato dos serviços que são ofertados em cada município e os seus quantitativos.”</p> <p>“Normalmente as pactuações, elas têm dificuldade porque o financiamento é baixo. Você pactua um serviço especializado, mas vê se não consegue contratar por aquele valor pactuado, então isso cria muito atrito entre dos municípios...”</p> <p>“por que eu pactuo com o município polo, mas a dotação que o município Y recebe é baixa, eu não consigo comprar aquele volume do serviço pactuado, isso acaba criando atrito entre os municípios. Então acaba dificultando essa interação intermunicipal, no meu ponto de vista seria o financiamento, o financiamento é um dos principais gargalos na compra dos serviços, principalmente o serviço especializado.”</p>	<p>- Assinatura da pactuação promove acesso a serviços ofertados e quantitativos.</p> <p>- Dificuldade nas pactuações pelo baixo financiamento.</p> <p>- Atrito entre os municípios nas pactuações</p> <p>- Financiamento sendo gargalo nas pactuações de serviços especializados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pactuação • Financiamento
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL PRS “no que se refere à nossa atenção secundária isso se dá de forma bastante organizada, porém, percebemos que atenção primária ainda é bastante fragilizada. Talvez por conta de gestão, por conta de recursos.”</p> <p>“eu venho de outras experiências em policlínicas, que é a mesma coisa, nós acabamos fazendo na atenção secundária o que a atenção primária deveria fazer.”</p> <p>“Então nós estamos inclusive fazendo, tentando organizar isso, essa rede, porque ela não está muito bem organizada, pela fragilidade da atenção primária.”</p>	<p>- Fragilidade da APS por conta do financiamento</p> <p>- Atenção secundária fazendo o papel da APS</p> <p>- PRS tentando organizar a rede</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APS • integração assistencial

<p>“pelo menos em relação às especialidades, oitenta_por_cento do que a atendemos aqui era pra ser atendido na atenção primária, entendeu? e não para o especialista.”</p> <p>“Acho que precisa fortalecer mais atenção primária no sentido dela fazer mesmo o seu papel, para daí podermos ter fazer um papel melhor na atenção secundária certo?”.</p>	<p>- Fragilidade da APS</p> <p>- Necessidade de fortalecimento da APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APS
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“o secretário de saúde até se chateou esses dias e disse que ia tirar o convênio da Policlínica, porque é muito caro o valor e não tava compensando, mas depois quando vamos colocar no papel vemos que compensa em que sentido, as vezes você faz lá cem raio-x por mês que é barato. Não compensa! Você ter um convênio de cem raio-x, mas quando vai fazer uma tomografia, uma ressonância, vai para oitocentos reais, então compensa, entendeu?! Aí é melhor ficar lá, porque senão vai vir um custo maior... se for fazer convênio em outro lugar, se for mandar pra Salvador vai ser outro custo e aí preferimos ficar com a policlínica.”</p> <p>“Então nessas reuniões se discute essas coisas, e ele sempre tá presente. E a grande queixa dos prefeitos e secretários é a quantidade baixa de oferta.”</p>	<p>- Convênio com a PRS compensando financeiramente</p> <p>- Baixa oferta de cotas para consultas especializadas como queixa de prefeitos e secretários</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consórcio • Cotas de atendimento
<p>E08 DIRETOR GERAL PRS</p> <p>“explicando o que é a policlínica, qual o papel da policlínica e como qualificar melhor esses encaminhamentos, por que no momento em que você qualifica melhor encaminhamento você também consegue otimizar a quantidade de cotas que você tem, já que para alguns, essas cotas são poucas.</p>	<p>- Explicação do conceito e finalidade da PRS.</p> <p>- Qualificação dos encaminhamentos;</p> <p>- Otimização da quantidade de cotas escassas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • Cotas de atendimento
CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>Extratos de fala já registrados em classes anteriores</p>		

<p>“Nós fazemos sim esse relatório e encaminhamos para os municípios, e eles têm, e a qualquer momento, sempre que temos a oportunidade de reunir nas reuniões do conselho consultivo, nas reuniões de matriciamento, nas reuniões das assembleias.”</p>	<p>- Reuniões do conselho consultivo, assembleias e matriciamento como espaços de diálogo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação
CLASSE 6	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL PRS “E mostramos o resultado do trabalho que vemos fazendo no matriciamento. Já nesse primeiro trimestre essa já se percebe uma curva ascendente, tanto nas ofertas, como nos agendamentos, como no aproveitamento, e mostra uma taxa de acesso de oitenta_e_quatro_por_cento.”</p> <p>“Nós saímos de oitenta_e_quatro nesse primeiro trimestre para oitenta_e_sete. Internamente aqui, temos um sistema que é o sistema chamado Sistema_Integrado_de_Gestão_em_Saúde, que fornece esses números.”</p>	<p>- Matriciamento como ferramenta da gestão</p> <p>- Aumento na taxa de acesso</p> <p>- SIGES fornecendo dados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de gestão • Acesso • Sistema logístico
CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E13 EX GESTOR APS CIDADE POLO “O conselho_municipal_de_saúde deveria ser esse órgão de avaliação. Nós poderíamos também fazer uma avaliação, deveria ter uma avaliação em nível do usuário mesmo dentro do serviço de saúde, mas não tem.”</p>	<p>- Conselho Municipal de Saúde como órgão avaliativo.</p> <p>- Avaliação na perspectiva do usuário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão em saúde • Controle Social
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E05 COORDENADORA DA ATEÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE “Nós temos uma reunião do Colegiado_dos_Coordenadores_da_Atenção_Básica mensal, é feito registro, se levam as demandas e o conselho_de_secretários também é bem atuante, o conselho_estadual_de_secretários e o conselho_nacional e todas as demandas são passadas para o conselho, para a Comissão_Intergestores_Bipartite e para a Comissão_Intergestores_Tripartite. Então essas demandas são levadas, além das conferências né? que são levadas propostas.”</p>	<p>- COCAB, COSEMS, CNS, CIB, CIT, Conferências de Saúde como espaços de encaminhamento de demandas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Órgãos colegiados

CLASSE 7	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“Então nós vemos que o serviço não apenas de média e alta está frágil, mas lá na atenção básica, que é a porta de entrada, está fragilizado. Como é que eu tomo conhecimento disso? Através das avaliação dos indicadores_de_saúde. Esse é o papel. Nós temos conhecimento. Qual é a nossa atribuição? É apoiar, monitorar, chegar junto do município, o que é que vocês precisam? O que é que nós poderemos fazer para melhorar em relação a isso? Porém, a execução da ação é do município. E o ente tem autonomia sobre a sua gestão. Nós não podemos ultrapassar.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilidade da APS - Avaliação de indicadores de saúde - Apoio do NRS aos municípios - Autonomia do município na gestão 	<ul style="list-style-type: none"> • APS • Governança • Gestão em saúde
CLASSE 8	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“Então nós, enquanto núcleo_regional_de_saúde, nós exercemos uma atribuição de monitorar, acompanhar, avaliar, porém, nós sinalizamos aos municípios quando avaliamos os indicadores_de_saúde.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atribuições do NRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Governança
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<ul style="list-style-type: none"> • Extratos de fala já registrados em classes anteriores 		
CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<ul style="list-style-type: none"> • Extratos de fala já registrados em classes anteriores 		

CORPUS 7- SUFICIÊNCIA DA REDE

CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E17 APOIADOR INSTITUCIONAL APS – CIDADE POLO “De acordo com os protocolos ministeriais, o atendimento inicial, ele deve ser ofertado na atenção primária. Aqueles pacientes que apresentam comorbidade, devem ser referenciados e encaminhados para o serviço especializado, para realização de exames de apoio diagnóstico ou realização de procedimentos.”</p> <p>“Eu acredito que na nossa região nós precisamos melhorar muito nessa rede de assistência para diminuir as complicações cardiovasculares. Eu acredito que nós precisamos melhorar muito, nós não temos serviço de hemodinâmica dentro da região ainda.”</p> <p>“Cada vez que nós demandamos um serviço da atenção secundária ou terciária, como o custo é maior, a dificuldade de acesso, vai ficando cada vez maior para o usuário.”</p>	<p>- Protocolos ministeriais organizando fluxo de atendimento</p> <p>- Melhora da RAS para reduzir complicações cardiovasculares</p> <p>- Ausência de serviço de hemodinâmica na região.</p> <p>- Custo maior ao demandar serviço de atenção secundária</p> <p>- Dificuldade de acesso ao usuário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • RAS • Financiamento • Acesso
<p>E08 DIRETOR GERAL DA PRS “tanto na atenção primária quanto na atenção terciária, então recente mesmo, estamos com um problema de financiamento”</p>	<p>- Financiamento nos níveis de atenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE “Se eu estou numa região, minha atenção primária é frágil, então eu já estou com um vazio na secundária e na terciária é em cadeia, por isso que precisa dessa necessidade do fortalecimento das redes de atenção de saúde.”</p>	<p>- Necessidade de fortalecimento das RAS e níveis de atenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento

CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL – PRS “Se eu não tenho uma atenção primária fazendo o seu papel de forma mais firme, então eu acabo levando isso para a secundária. Então, acaba que o especialista aqui em cardiologia, ele acaba fazendo o papel de lá da atenção primária, né?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilidade da APS - Atenção secundária fazendo papel da PAS 	<ul style="list-style-type: none"> • APS
<p>E13 EX GESTOR APS CIDADE POLO “A rede, é um mecanismo complexo e que vai um movimento complexo e dinâmico.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Complexidade da RAS 	<ul style="list-style-type: none"> • RAS
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE “mas eu tenho que tratar daquele paciente pra que não avance, para que não complique, para que essa patologia, ela seja controlada e ela vai ser controlada com formas de vida, de alimentação, de medicamentos, isso é um conjunto de ações que vão ser direcionadas a este usuário, a esse paciente. “</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento preventivo, evitando complicações - Acompanhamento multiprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> • APS
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE “quando nós fazemos uma avaliação dos indicadores básicos em relação à atenção primária, atenção em saúde nós vemos que o sistema está frágil.” “E quem diz não sou eu, enquanto coordenadora do núcleo, são os indicadores de saúde, do estado, do município e do governo federal, então, a fragilidade ela é fácil de você compreender, de você verificar. Porque o mínimo não</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilidade da APS - Indicadores de saúde indicando fragilidade da APS 	<ul style="list-style-type: none"> • APS

<p>está sendo feito e não está sendo feito aonde? na porta de entrada, na atenção primária.”</p> <p>“E aí as causas vão parar lá na rede de média e alta, o Acidente_Vascular_Cerebral, que são cardiovasculares e em cadeia, então, atenção primária, não está funcionando.”</p> <p>“De forma alguma, desde o atendimento ambulatorial ao insumo, ao medicamento. Então percebemos uma grande fragilidade. Porque a hipertensão arterial ela vai ser classificada primária, também secundária, terciária, como é que está o apoio a esse paciente?.”</p>	<p>- Não funcionamento da APS gerando problemas para a média e alta complexidade.</p> <p>- Fragilidade da APS de forma ampla</p>	
<p>E13 EX GESTOR APS CIDADE POLO</p> <p>“Aí nós temos que pensar numa questão de valorização do profissional da atenção primária, no sentido de reconhecer a qualidade do atendimento e potencializar esse atendimento, no entendimento de que esse profissional, ele é capacitado para diagnosticar as doenças cardíacas e manejar essa patologia.”</p>	<p>- Necessidade de valorização dos profissionais da APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização profissional
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E14 GESTOR APS CIDADE POLO</p> <p>Porquê estão sendo enfrentadas muitas dificuldades e parece que muitas pessoas que entram assim são muito despreparadas. Apesar de se falar muito em indicadores, porque tem os indicadores, como eu te disse aí do despreparo, parece que não tem um planejamento da gestão, olha, vamos olhar para essas questões, para essas situações.</p>	<p>- Despreparo de cargos de gestão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão em saúde
<p>E08 DIRETOR GERAL PRS</p> <p>“Então acho que a atenção primária precisa fazer um pouco melhor esse papel para que essa rede seja fortalecida, essa rede seja realmente uma rede forte. O Conselho_Consultivo, os secretários, eles são muito participativos e eles buscam mesmo isso, sabe? E que</p>	<p>- Fortalecimento da APS</p> <p>- Conselho Consultivo e secretários buscando fortalecer APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APS • Financiamento

<p>essa coisa aconteça mesmo, mas eu acho que tudo bem perpassa pelos recursos que são destinados para saúde que eu acho que ainda não são suficientes.”</p> <p>“estamos com um problema de financiamento do terciário dos hospitais, então, aqui em Jacobina, apesar de ser em Jacobina os hospitais de referência, eles atendem toda a região. Então, o impacto dos problemas do financiamento da rede hospitalar em Jacobina acaba afetando toda a região, em menor ou maior proporção, mas afeta toda a região.”</p>	<p>- Recursos insuficientes para a APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento
--	--	--

CORPUS 8 – INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL

CLASSE 4	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL PRS</p> <p>“A partir do ano passado, nós temos feito uma interlocução maior, aproximado mais a Atenção Primária à Saúde de nós, sobretudo nesse matriciamento.”</p>	<p>- Matriciamento como estratégia de aproximação da APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de gestão
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“por exemplo, o cardiologista vai pedir um ecocardiograma dependendo do que precise, um exemplo é ecocardiograma, ele vai fazer na policlínica, mas o médico lá da saúde da família, ele tem que ter essa contrarreferência. É isso mesmo para que funcione toda a rede a contrarreferência é importantíssima. Precisamos ter.”</p>	<p>- Contrarreferência como instrumento de integração assistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial.
<p>E14 GESTOR APS CIDADE POLO</p> <p>“eu sei que tem uma integração maior entre a regulação.”</p>	<p>- Maior integração da APS com regulação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial

<p>E17 APOIADOR INSTITUCIONAL APS – CIDADE POLO</p> <p>“Eu acredito que o protocolo da Policlínica Regional de Saúde é um documento que auxilia muito na otimização das vagas, porém, não tem sido muito apreciado nos últimos tempos e quando nós deixamos de cumprir o protocolo da policlínica, acabamos dificultando o acesso aos exames e consultas especializadas para aqueles usuários que mais precisam...”</p> <p>“... eu acho que o protocolo ele é importante e deve ser seguido por todos os municípios pra otimizar as vagas do serviço especializado.”</p>	<p>- Protocolo da PRS otimizando vagas - Pouca apreciação do Protocolo da PRS</p> <p>- Não cumprimento do protocolo da PRS dificultando acesso a exames e consultas especializadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de acesso PRS
CLASSE 5	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL DA PRS</p> <p>“Existe sim! Existe integração e ultimamente essa integração ela tem ficado muito mais forte, né?”</p> <p>“E conseguimos sim uma interlocução muito boa, tem melhorado, inclusive, muito assim essa interlocução, porque temos uma assessoria que fala direto com os reguladores.”</p>	<p>- Integração entendida como diálogo com reguladores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial
<p>E05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“Há, no caso na central_de_regulação. Porque a central_de_regulação aqui, ela vem da atenção primária. Então acaba tendo essa comunicação, as meninas sempre ligam para a assistente social, ligam para o coordenador, eles são muito prestativos nesse sentido, mas com a equipe mesmo não tem.”</p>	<p>- Integração da APS com PRS a partir da regulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial
CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E15 COORENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“Eu quero deixar claro, a melhoria do acesso aos municípios, que são gerenciados por esse consórcio.</p>	<p>- Consórcio melhorando acesso aos municípios;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

<p>Importante quando disse sobre cuidado fragmentado, né? Então poderíamos pensar também o hipertenso na atenção básica pode precisar de uma avaliação com o cardiologista. Ele vai na regulação, consegue a consulta com cardiologista na policlínica, então será que realmente há uma referência, uma contrarreferência?</p> <p>“Então, nós vamos ter os municípios que vão estar regulando, eu não digo integrado é regulando, porque integrado, para mim seria de forma diferente.”</p>	<p>- Hipertenso na APS quando avaliado pelo cardiologista da APS retorna com contrarreferência</p> <p>- Municípios regulando pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial • Regulação assistencial
CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“Então, a policlínica, ela veio com esse objetivo da desconcentração dos serviços e é uma das maiores e mais lindas obras do governo do estado que é a desconcentração dos serviços, aproximar dessa população que nunca teve acesso a esses serviços, que viviam dentro de um carro chamado de Tratamento Fora do Domicílio.”</p> <p>“Então, se temos uma grande demanda reprimida nos municípios, não têm como a Policlínica hoje dar conta dessa demanda reprimida. Podemos avançar e já foi um grande avanço em termos da policlínica. Então é um serviço que passa por uma regulação, que integra do ponto de vista da atenção primária, a assistência, porém, essa integração ela não é ampla.”</p>	<p>- Desconcentração dos serviços pela PRS</p> <p>- PRS aproxima população do acesso a consultas e exames</p> <p>- Grande demanda reprimida dos municípios extrapola capacidade de atendimento da PRS</p> <p>- PRS como avanço no acesso</p> <p>- Integração restrita entre APS e PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização • Acesso • Regionalização • Integração assistencial
CLASSE 8	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E08 DIRETOR GERAL – PRS</p>	<p>- Matriciamento dos municípios consorciados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de gestão

<p>“só tem um município que ainda não conseguimos reunir os médicos da atenção primária, mas os demais já! Dos dezoito, dezessete já estão matriciados.”</p>		
<p>05 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA – MUNICÍPIO DISTANTE</p> <p>“E aí ainda não aconteceu, mas assim, precisa ainda dessa conversa, desse retorno entre a atenção primária e a policlínica porquê as vezes o médico encaminha, ou o enfermeiro, ou o dentista, seja qualquer outro profissional e eles não dão essa resposta, e esse diálogo não existe. O diálogo é entre a policlínica e as pessoas que ficam na regulação.”</p>	<p>- Necessidade de diálogo entre APS e PRS</p> <p>- Diálogo entre PRS e regulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial • Comunicação
<p>E17 APOIADOR INSTITUCIONAL – CIDADE POLO</p> <p>“Existe integração com a Atenção Primária e a Policlínica Regional de Saúde.”</p>	<p>- Existência de integração entre APS e PRS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial
CLASSE 6	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E15 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“Existe o serviço. Integração é uma palavra que é uma palavra linda, usada há muito tempo, mas é que é de uma grande complexidade. Integração é eu trazer integrado uma rede onde dê resposta, na capacidade funcional e operacional.”</p>	<p>- Integração como complexidade</p> <p>- Integração dando respostas operacionais e funcionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial
CLASSE 7	CODIFICAÇÃO	TEMAS
<p>E05 COORDENADORA DO NRS – CENTRO NORTE</p> <p>“Então, quando você fala de contrarreferência há uma integralidade das ações, essa contrarreferência, ela tem que permear em todas as ações de atendimento, da primária à secundária, à terciária, porque aquele paciente</p>	<p>- Contrarreferência como instrumento de informação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração assistencial.

vai voltar para o município e quem está lá tem que saber qual é a atual situação dele.”		
CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E08 DIRETOR GERAL PRS “nós recebemos alguma solicitação de exames a pedido, entendeu? E às vezes a pedido, porque se o profissional não solicitar, às vezes ele sabe, então é preciso esse critério, precisa ser mais criterioso no encaminhar e também na análise disso, porque muitos municípios estão lá, com muitos exames lá, que foram solicitados e que as pessoas não foram buscar.”	- Solicitação de exames a pedido - Necessidade de critérios na solicitação de exames - Exames realizados não buscados pelas pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciamento • Acompanhamento

Fonte: Elaboração do autor (2023).

APÊNDICE 12 - CORPUS E EXTRATOS DE FALA – SEGMENTO REGULAÇÃO

CORPUS 1 - RECURSOS HUMANOS; CORPUS 2 -QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL; CORPUS 3 - RECURSOS REGULATÓRIOS; CORPUS 6 - DEMANDA ESPECIALIZADA

	CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E18	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “Esse treinamento foi na policlínica, inclusive recente, tem dias, porque eles foram nomeados agora para reguladores, eram recepcionistas. Então assim é de fundamental importância sim ter o treinamento. Então a policlínica dá o treinamento, periódico, está sempre atualizando.” “Tem um sistema que é o sistema da policlínica, que é todo agendado, todo via sistema, horário,	- Treinamento realizado pela PRS - Sistema da PRS para agendamento	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento à regulação • Sistema Logístico

	data e tem as especialidades, é tudo certinho, tudo agendado.”		
E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“A regulação para a policlínica é feita por um sistema informatizado. Então, nesse sistema a gente tem acesso a nossas vagas mensais. É agendada a consulta mediante a solicitação médica. Então é pelo sistema informatizado Sistema_Integrado_de_Gestão_da_Saúde.</p>	<p>- Sistema informatizado faz regulação</p> <p>- Acesso as vagas através do sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Logístico • Sistema Logístico
E06	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Para a Policlínica sim, nós recebemos a formação e também tem o pessoal que dá sempre o suporte, esse acompanhamento sempre quando precisamos. Todos os reguladores tiveram acesso a esse treinamento.”</p> <p>“Temos uma lista de espera dos pacientes. É esse o recurso que utilizamos.”</p> <p>“Temos o protocolo_de acesso da policlínica, para os exames, para consulta. Existe também um sistema_de regulação.”</p> <p>“Existe um ônibus também que leva e que traz esses pacientes todos os dias, com motorista responsável por levar e trazer esses pacientes todos os dias.”</p>	<p>- Treinamento aos reguladores</p> <p>- Lista de espera enquanto recurso</p> <p>- Protocolo da PRS para acesso a procedimentos</p> <p>- Ônibus levando e trazendo pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento à regulação • Gestão do agendamento • Manual de acesso PRS • Transporte sanitário
E07	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Sim. O treinamento foi muito bom, muitas coisas boas para nós fazermos, coisas novas, sobre o sistema, sempre nós temos, a cada mês a gente tem o treinamento, muito bom.”</p>	<p>- Treinamento realizado mensalmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento à regulação
CLASSE 2		CODIFICAÇÃO	TEMAS

E01	COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO “Alguns funcionários no momento que eu entrei me informaram que nunca tinham recebido um treinamento. Mas que eu tenho conhecimento, um treinamento específico para a regulação, para trabalhar no setor, nenhum teve um treinamento voltado para isso.”	- Funcionários não receberam treinamento	<ul style="list-style-type: none"> • treinamento à regulação
E10	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “É o site, o sistema de regulação, o Sistema_Integrado_de_Gestão_da_Saúde.” “São pessoas acolhedoras. Elas procuram ouvir o paciente direitinho para poder direcionar melhor. Para o que ele precisa se tem o coordenador aqui da regulação. No momento sou eu, um colega e o coordenador.”	- Sistema de regulação SIGES - Acolhimento como melhor direcionamento ao paciente - Coordenador da regulação disponível - Integrantes da equipe da regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema logístico • Acolhimento • Diálogo • Recursos humanos
E06	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Tem eu (coordenadora) e uma técnica da regulação, duas pessoas.”	- Integrantes da equipe da regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos
E07	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Cartão do Sistema_Único_de_Saúde, para cadastrar o paciente, requisição, encaminhamento médico, Registro_Geral, sistema de regulação, relatório.”	- Catão SUS, requisição, RG, relatório de encaminhamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de Regulação
CLASSE 3		CODIFICAÇÃO	
TEMAS			
E18	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “Ultrassom, ressonância, mamografia que bate o record; Endoscopia, Cardiologia. Cardiologia é	- Exames e especialidade mais solicitados	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada

	consulta e exames, que temos mapa, holter, eletro e agora o eco.”		
E01	COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO “O procedimento mais solicitado é ultrassonografia. Assim é exame que mais tem volume dentro da regulação. E de especialidades a gente tem neurologista que é muito procurado, cardiologista, também. E exames de imagem, como ressonância e tomografia também são bem procurados.”	- Exames e especialidade mais solicitados	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
E06	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Ultrassonografia, ressonância, endoscopia, consultas com urologista, ginecologista, o cardiologista também é bem procurado.”	- Exames e especialidade mais solicitados	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
E07	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Ressonância, tomografia, ecocardiograma, raio_x é muito solicitado, nós conseguimos muito. Eletroencefalograma também é muito pedido.”	- Exames mais solicitados	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
E10	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “Mamografia, tomografia, ressonância, ultrassonografia.” “No momento sou eu, uma colega e o coordenador.”	- Exames mais solicitados - Integrantes da equipe de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada • Recursos humanos

CORPUS 4 – PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
----------	-------------	-------

E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Nós acolhemos o paciente, a requisição, é feita uma triagem, essa requisição, ela vai para uma lista de espera porque geralmente não temos vagas para todos e a partir dessa lista de espera vamos determinar a prioridade.”</p> <p>“Então, abrindo a vaga cadastramos, agendamos o paciente, anexa esse agendamento à requisição, informa o paciente, data, horário e as orientações para cada tipo de procedimento, seja consultas ou exames.”</p>	<p>- Acolhimento e requisição como etapas anteriores à triagem</p> <p>- Lista de espera determina prioridade</p> <p>- Etapas do processo de regulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de regulação • Gestão do agendamento • Processo de regulação
E07	<p>TÉCNICA DA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“O paciente chega, deixa a requisição, quando não tem no momento, aí depois retorna, nós conseguimos a vaga, você liga para o paciente e ele vem pegar as solicitações e nós encaminhamos. Uma vez no mês cada agendamento. “</p>	<p>- Processo de agendamento para acesso a vaga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de regulação
CLASSE 3		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Geralmente as requisições elas vêm bastante incompletas, vem uma requisição simples, naquele modelo que conhecemos, que é uma folha bem pequena e às vezes vem um relatório, mas eu diria que fosse cerca de dez_por_cento dos casos.”</p> <p>“na maioria das vezes, a requisição vem apenas solicitando a consulta com especialista e nenhuma informação mais.”</p>	<p>- Requisições incompletas</p> <p>- Relatório representando 10% dos encaminhamentos</p> <p>- Requisições pobres de informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciamento
E18	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>Geralmente as pessoas vem das UBS né? Ou hospitalar pós alta. E vem com a solicitação que nós chamamos guias SUS né? Se for exames, procedimentos como exames, nós marcamos com cartão SUS, RG e o</p>	<p>- Processo de agendamento de exames e consultas médicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de regulação

	pedido médico, se for ecocardiograma ou outros procedimentos mais avançados, tem que ter relatório médico, encaminhando o paciente, porquê ele está indo para esse profissional.		
CLASSE 4		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E06	<p style="text-align: center;">TÉCNICA DA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Nós temos uma lista de espera, à medida, porquê as vagas mensais, são uma quantidade, não dá pra suprir, nós mandamos aquilo dentro do quantitativo de vagas e de acordo também com a urgência do paciente.”</p> <p>“assim, tem um ou outro que mudamos o critério, o critério assim, de fila né? por exemplo, não dá para aquele paciente que precisa do procedimento com mais rapidez ele ficar esperando mais tempo que o outro, por que as vezes é só por um diagnóstico que dá pra esperar né? nós fazemos isso, priorizamos alguns casos devido as questões de saúde.”</p>	<p>- Lista de espera determina prioridade</p> <p>- Critérios de classificação de risco na fila de espera</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do agendamento • Gestão do agendamento
E01	<p style="text-align: center;">COORDENADOR REGULAÇÃO MUNICÍPIO POLO</p> <p>“E aí na regulação, passamos a adotar a medida de solicitar relatório médico para todas as consultas e procedimentos. É tanto que é um procedimento do protocolo da policlínica que está sendo cobrado recentemente. Até então, eles não cobravam, mas a partir do momento que vimos que essas requisições estavam sendo muitas, a quantidade era muito grande, nós não tínhamos como triar aqueles pacientes sem entender qual era o real motivo, nós passamos a cobrar também, um relatório médico, um possível CID, então com dados complementares que ajudassem a nós darmos um encaminhamento para aquele paciente.</p>	<p>- Solicitação de relatório médico pela regulação para agendamento</p> <p>- Requisições contribuindo para excesso de pessoas buscando regulação</p> <p>- Cobrança pela regulação de mais informações no processo de referência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo • Gestão do agendamento • Processo de referência
E10	<p style="text-align: center;">TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Então o paciente vem em busca do atendimento, do procedimento, exame ou consulta, pela demanda do município ser grande, nós temos trabalhado com o cadastro, e aí a verificamos a urgência do paciente, a necessidade maior e aí vamos encaixando de acordo a demanda.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda enorme do município motiva envolvidos a pensarem em outras estratégias • Verifica-se a urgência do pacientes para encaixe 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do agendamento • Gestão do agendamento

	CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E06	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Geralmente os pacientes chegam com relatório médico, as vezes o exame também né? porquê tem paciente que faz algum exame e o médico identifica e manda a solicitação junto com o relatório e o paciente traz o exame que foi feito, que diagnosticou algo e agendamos no sistema.</p>	- Pacientes chegam com relatório médico e/ou exame para agendamento.	- Processo de regulação

CORPUS 5 – GERENCIAMENTO DO TEMPO DE ESPERA

	CLASSE 1	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E18	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO – CIDADE POLO</p> <p>“tinha pacientes que vinha, por exemplo, três, quatro meses pra fazer uma ultrassom e ele nunca conseguia, porque você que chegou hoje e eu marquei a vaga que era dele, então nós optamos por fazer um cadastro, dando prioridade das pessoas que estavam mais atrás né? E aí nós conseguimos.</p>	- Pacientes aguardando três, quatro meses para realizar exame.	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Gestão do agendamento
E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“E a partir dessas informações, íamos avaliando as prioridades. Então aqueles pacientes que conseguíssemos identificar que era um caso mais urgente, íamos adiantando na fila. E aqueles pacientes, que era um caso mais eletivo ou que estava com relatório incompleto, por exemplo, faltando dados, não tínhamos como dar prioridade.”</p>		
E10	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“tem paciente que precisam, que ficam aguardando mais de um mês, porque o caso</p>		

	dele é possível, que ele espere, já tem pacientes por exemplo, um paciente cardiopata que tem falta de ar, que está com a crise, nós não podemos deixar tanto tempo esperando.”	- Pacientes aguardam por terem perfil compatível com a espera - Paciente cardiopata tem prioridade	• Gestão do agendamento
	CLASSE 2	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E07	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Nós temos as datas, colocamos, temos um caderno de registro, colocamos a data que o paciente entregou, e aí nós priorizamos alguns também, os que não tem condição nós priorizamos, o que mais precisa	- Caderno de registro de solicitações entregues - Prioridade aos pacientes que mais precisam	• Gestão do agendamento
E01	COORDENADOR REGULAÇÃO – CIDADE POLO “Em alguns casos, nós solicitávamos que fosse complementado o relatório até o paciente ser encaixado de uma forma mais rápida, porque às vezes o paciente tinha uma demanda real, mas o médico não explicitou aquilo no relatório.”	- Necessidade de complementação do relatório.	• Processo de regulação
	CLASSE 3	CODIFICAÇÃO	TEMAS
E01	COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO “Alguns procedimentos nós temos uma quantidade muito aquém do que necessita. Então foi criado uma lista de espera por especialidades, então todas as especialidades que tem na policlínica, nós temos uma planilha separada do programa da policlínica, a planilha da regulação, e nessa planilha nós fornecíamos alguns dados, cadastrávamos alguns dados do paciente...” “E a partir dessas informações, íamos avaliando as prioridades. Então aqueles pacientes que conseguíssemos identificar que	- Quantidade excessiva de solicitações a alguns procedimentos - Criado lista de espera por especialidades - Lista de espera em planilha de cadastro	• Gestão do agendamento

	<p>era um caso mais urgente, íamos adiantando na fila.”</p> <p>“Claro se eu tiver um caso mais urgente, se eu tiver uma vaga para hoje, para amanhã, para daqui a cinco, dez, nós já conseguimos encaixar. Mas o objetivo real da policlínica são consultas e procedimentos eletivos.”</p>		
E10	<p>TÉCNICA DA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Temos uma planilha, a planilha é num drive, aí, cada vez que o paciente vem cadastrar, o que vai fazer na policlínica, consulta, exame, essas coisas, aí é lançado a data que ele veio a procura.”</p>	<p>- Planilha em drive onde são lançadas informações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do agendamento

CORPUS 7- ABSENTEÍSMO

CLASSE 1		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E18	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“É mais por algumas intercorrências que acontecem, mas não perde o agendamento nós reagendamos outra data.”</p>	<p>- Intercorrências interferem no comparecimento</p> <p>- Não comparecimento gera reagendamento da consulta ou exame</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“...então a principal causa mesmo de da falta, seria por questão de saúde e outros, por questão de esquecimento.”</p>	<p>- Questões de saúde ou esquecimento geram faltas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
CLASSE 2		CODIFICAÇÃO	TEMAS

E06	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“porquê as vezes o paciente comparece e o profissional é que não foi, então aquilo vem como se de fato o paciente não tivesse comparecido na policlínica e aí é o contrário, as vezes o médico é que não foi e acaba sendo um número grande de pacientes faltosos, mas também é por conta do profissional, então eu acho que esse relatório não é bem detalhado nesse sentido, não é bem fiel a informação.”</p> <p>“Alguns pacientes chegam dizendo para nós é porquê esqueceu, outro teve um problema de saúde ou teve outra coisa, ele acabou não indo, então os que chegam para nós relatam isso, que acabou esquecendo, que acabou tendo outro imprevisto e não foi. “</p>	<p>- Paciente comparece e profissional falta a atendimento</p> <p>- Relatório de faltas não considera ausência do profissional.</p> <p>- Problemas de saúde e esquecimento geram faltas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de atendimento profissional • Absenteísmo • Absenteísmo
E18	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“E eles retornam para nós e nós encaixamos outra pessoa. De cem_por_cento acho que uns dez_por_cento.”</p>	<p>- Dez por cento faltam nos agendamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
CLASSE 3		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E18	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Às vezes os pacientes, por exemplo, eu vou dar um exemplo da colonoscopia que é um procedimento muito rigoroso como você já sabe, né? Então, assim, tem pacientes que fazem preparo e às vezes não se sente bem no dia do exame e não conseguem realizar, né? Tem pico de pressão. Ressonância, paciente fica nervoso por conta do trauma do tubo né e por aí vai.”</p>	<p>- Pacientes fazem preparo à colonoscopia, semtem-se indispostos, tem pico de pressão, nervosismo e faltam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
E07	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p>		

	<p>“Enfim, tem uns que nós mandamos ir no dia e esquece também o agendamento, sendo que nós damos o agendamento em mãos. Tem pessoas que adoecem no momento e não tem como ir. Não tem como cancelar e colocar outra pessoa, se não perdemos a vaga, entendeu? Tem isso tudo.”</p>	<p>- Pacientes esquecem e ficam adoentes, impossibilitando de irem a consulta ou exame.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
CLASSE 4		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E07	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Faltosos são grandes. Tem pessoas que vão e esquece a solicitação, as vezes nós conseguimos mandar, as vezes não conseguimos, eles não realizam. “Nós não temos esse controle agora no momento, mais ou menos uns sessenta a setenta_por_cento vão, eu creio, que são muitos que vão também.”</p>	<p>- Número grande de faltosos.</p> <p>- Pacientes esquecem solicitação.</p> <p>- Sessenta por cento vão aos agendamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
	<p>E01 COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“E geralmente o pessoal alega é que adoeceu, que não pôde ir por conta de uma gripe... Então, mas a principal causa assim, de que a maioria relata para nós, foi por questão de saúde mesmo.”</p>	<p>- Pacientes faltam aos agendamentos por questões de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteísmo
CLASSE 5		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p>	<p>- Cidade polo em primeiro lugar em assiduidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

	<p>“Nós tivemos uma reunião até uns três meses atrás que Jacobina estava em primeiro lugar em assiduidade. E aí a nossa taxa estava acima de oitenta_e_cinco_por_cento. Então, seria a frequência em torno de oitenta_e_cinco_por_cento a oitenta_e_sete_por_cento, é o último dado que eu tenho disponível.</p> <p>“ Então, outro dado que tivemos lá também foi que conseguimos agendar mais de noventa_e_cinco_por_cento das vagas, então aproveitamos praticamente todas as vagas e a taxa de assiduidade, comparecimento foi acima de oitenta_e_cinco_por_cento.”</p>	<p>- Frequência da cidade polo de oitenta e cinco por cento.</p> <p>- Cidade polo com aproveitamento de agendamento das vagas maior que noventa e cinco por cento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Cotas

CORPUS 8 - SUFICIÊNCIA DA REDE

CLASSE 2		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E01	<p>COORDENADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Então eu acho que falta um pouco mais dessa triagem na atenção básica, do médico clínico poder aprofundar mais no paciente, é claro que ele não é especialista para aquilo, mas alguns exames de rotina poderíamos ter um rastreio muito melhor, para conseguir otimizar essas vagas da especialidade de cardiologia.”</p> <p>“Eu acredito que suficiente é o termo assim muito subjetivo. Eu acho que, tem um programa, mas nós precisávamos avançar mais. Eu digo isso porque, por exemplo, quando recebo uma demanda de cardiologia, por exemplo pacientes hipertensos, pacientes com problemas cardíacos, muitas vezes esses</p>	<p>- Triagem do médico da APS para otimização das vagas.</p> <p>- Suficiente como termo subjetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciamento • RAS

	<p>pacientes, não ao menos tem um exame para mostrar, então recebemos a demanda para ir para o cardiologista, mas esse paciente não tenha um eletrocardiograma, não tem um mapa, não tem um holter, não tem nenhum exame simples que poderia ser pedido na atenção básica, por exemplo, antes de encaminhar ao cardiologista.”</p> <p>“Então eu acho que pecamos um pouco na questão preventiva por conta desse rastreio mesmo.”</p> <p>“Então eu acho que avançamos em alguns momentos, conseguimos melhorar bastante a questão do encaminhamento médico com relatório, mas eu acredito que ainda está muito aquém do que podemos, então muito aquém.”</p> <p>“Nós ainda temos muitos pacientes que esperam por uma falta, por um encaminhamento, por exemplo, incompleto. Então, o que eu mais assim senti falta, foi de melhorar ainda mais esse fluxo para conseguirmos fazer uma triagem mais justa para a população.”</p>	<p>- Rede precisa avançar</p> <p>- Necessidade de solicitação de exames antes do referenciamento de pacientes de cardiologia.</p> <p>- APS pecando na questão preventiva por falta de rastreio</p> <p>- Avanços com melhora no encaminhamento médico</p> <p>- Pacientes esperam por causa de encaminhamento incompleto</p> <p>- Necessidade de melhorar fluxo da APS para AAE para triagem justa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciamento • APS • Referenciamento • Referenciamento
E10	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO</p> <p>“Eu acho que falta, pelo tamanho da população do município polo, a proporção populacional. Falta bastante ainda, faltam especialidades, por exemplo, falta mais dermatologistas, pela policlínica só temos um; Hematologista falta,</p>	<p>- Carência de especialidades pela densidade populacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada

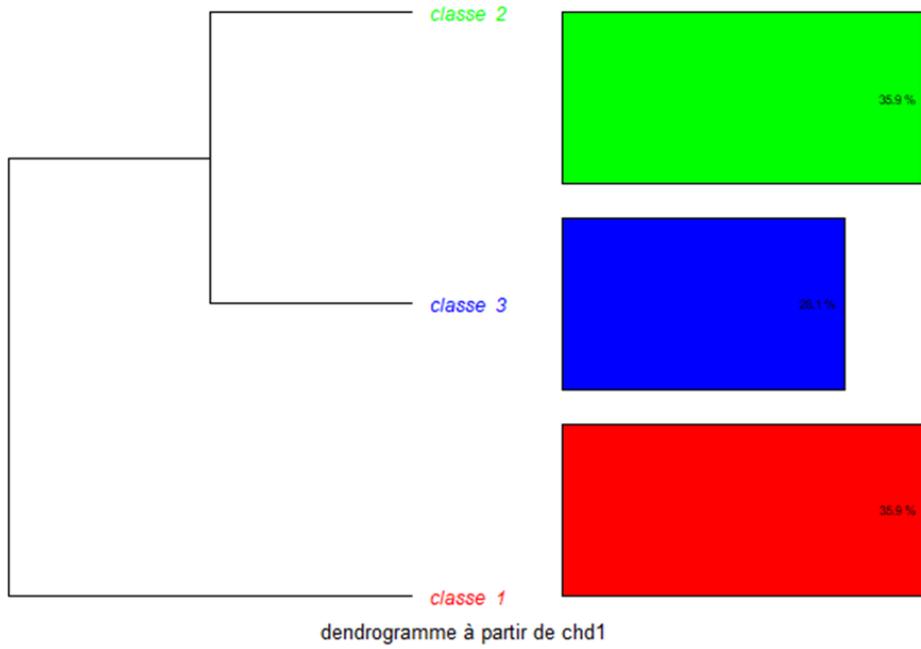
	hepatologista, falta. Falta oftalmologista, que é um bem básico, né? mas está faltando e a população está precisando muito.”		
E07	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Está muito bom. Para a região, poderia melhorar, contratar alguns médicos_especialistas, eu acho. Outros médicos que tipo na Policlínica não tem e aqui precisa muito, seria muito bom também. Endocrinologista que começou a ter lá no início e parou, endocrinologista, otorrinolaringologista, principal, o que é mais pedido são esses dois médicos.”	- RAS boa, mas pode melhorar contratando especialistas. - Encocrinologista e otorrinolaringologista são mais solicitados.	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
E18	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “Pouco demais! Um exemplo, uma ultrassom com doppler, vamos colocar seis para sessenta pessoas, para setenta.”	- Poucas cotas de Ultrassom com Doppler.	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
E06	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “Atende em partes, mas eu acredito que como um todo, não. Principalmente, por exemplo, Umburanas, nós não detemos de um hospital, então assim precisamos estar encaminhando para Jacobina, que é o mais próximo, que temos essa pactuação e as vezes tem pacientes que não conseguem esse atendimento, então acabam voltando.”	- Rede atendendo necessidades parcialmente. - Pacientes de município distante não consegue atendimento de urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiência da rede
CLASSE 3		CODIFICAÇÃO	
E01	COORDNADOR REGULAÇÃO CIDADE POLO “Na minha opinião, não atende completamente porque apesar de não termos amplitude dos serviços, temos muitos serviços que poderíamos oferecer para região por Jacobina ser uma cidade pólo, nós ainda não conseguimos oferecer, não por culpa do Sistema Unico de Saúde, mas tem a parte de	- Rede não atendendo necessidades da região de forma completa - Cidade polo não consegue ofertar serviços essenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiência da rede

	<p>não ter oferta, a contrapartida seja da clínica particular, seja da própria policlínica, então alguns exames nós ficamos realmente um pouquinho atrás, como cidade polo.”</p>		
E18	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “E a população está necessitando muito fazer essa feira de ultrassom, nós estamos com quase três_mil pessoas na fila de espera.”</p> <p>“Hoje só temos no momento a policlínica que está dando esse suporte com várias especialidades. Porém, vai ter uma feira de saúde que vai tentar um pouco cobrir essa lacuna, porque são muitas ultrassons, são muitas consultas e que a policlínica, o número de vagas não dá conta para a população, porque tinha essas outras clínicas que tinham nas especialidades que tem na policlínica, mas só que a policlínica não tá atingindo a demanda da população.”</p> <p>“Um exemplo cardiologista, são trinta_e_oito vagas para quatrocentos agendamentos. Assim, agendamento que nós falamos, os pacientes que estão no cadastro. Pouco demais!”</p> <p>“No momento, nós estamos com essa deficiência, porque tínhamos outras clínicas particulares que davam esse suporte para nós. Então hoje nós não estamos tendo mais.</p>	<p>- Feira de ultrassom como estratégia de redução de quase três mil solicitações.</p> <p>- PRS dando suporte com especialidades.</p> <p>- Feira de saúde para suprir lacunas de ultrassons.</p> <p>- Número de vagas ofertado pela PRS não dá conta</p> <p>- Anteriormente haviam vagas ofertadas em clínicas privadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rede privada • PRS • Serviço privado • Cotas • Serviço privado
E10	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “Sim, temos dois cardiologista na policlínica. Olha, eu acho que se abrisse mais uma quantidade, seria melhor. Porque acaba né, porque a policlínica é regional, então a gente tem Serrolândia, Ourolândia, Mirangaba, Miguel_Calmon, Capim_Grosso, Caém, então tudo isso é abarcado pela policlínica.”</p>	<p>- Dois cardiologistas na PRS</p> <p>- Necessidade de abertura de mais vagas pelo caráter regional da PRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada • Cotas

E06	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE “mas nós percebemos que falta; o endocrinologista também não tem, é uma especialidade que não está no elenco da Policlínica, que é bem procurado aqui, as pessoas procuram bastante.”	- Falta de endocrinologista na PRS	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
CLASSE 4		CODIFICAÇÃO	TEMAS
E01	COORDENADOR REGULAR MUNICÍPIO POLO “Em relação as vagas também, alguns procedimentos e consultas, temos uma dificuldade grande, e aí acontece de algumas esperas, acima de dois, três, quatro meses para conseguir realmente marcar um exame ou uma consulta. Então, se pensarmos na nossa demanda, na nossa necessidade, como como cidade, como polo regional, eu te diria que estaríamos ali em torno de sessenta_por_cento do ideal.”	- Dificuldade em procedimentos e consultas - Pessoas esperando até quatro meses para consultas e exames. - Cidade polo suprindo sessenta por cento da demanda ideal.	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso • Suficiência da rede
E18	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “Eu creio assim que Jacobina, por ser uma cidade pequena ela precisaria ter mais recursos né? Porquê a população, oitenta_por_cento tem enfermidade, então assim, na minha concepção deveria melhorar sim na saúde, investir mais, mais investimentos, mais parcerias.”	- Necessidade da cidade polo ter mais recursos - Maior parte da população com patologias. - Necessidade de investimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento • Suficiência da rede
E10	TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE POLO “então tudo isso é abarcado pela policlínica. Jacobina é o polo, é o centro, a cidade central, mas deveria abrir mais um pouquinho de tudo, na verdade, não só de cardiologia, mas de cardiologia também. A população mudou a forma de viver e infelizmente tem muito paciente hipertenso, muito paciente cardiopata. Temos aproximadamente, mais de duzentos pacientes esperando só consulta.”	- PRS abarca necessidades regionais - Necessidade de mais vagas de cardiologia - População com doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização • Demanda especializada • Tripla carga de doenças

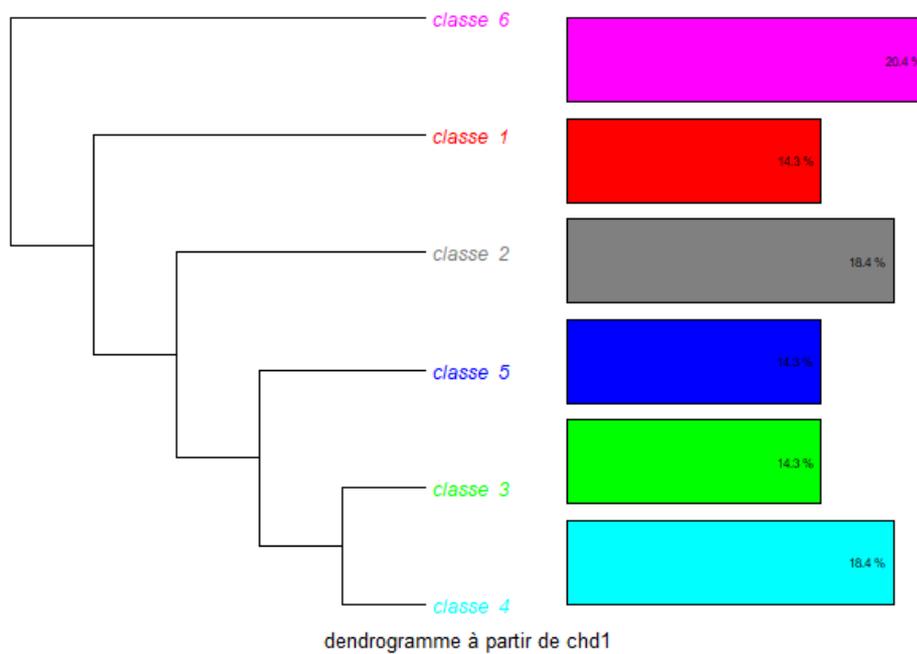
	<p>“Coloproctologista não temos; temos só procedimentos como colonoscopia, retossigmoidoscopia, mas o atendimento médico geralmente tem que ser encaminhado para Salvador;</p>	<p>- Ausência de coloproctologista</p> <p>- Pessoas indo à SSA para atendimento médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada • TFD
E06	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Em relação aos especialistas nós não temos o otorrino, que é bem procurado, não temos pediatra na cidade, nós estamos tendo pela Policlínica agora, mas nós percebemos que falta.”</p>	<p>- Ausência de otorrinolaringologista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada
E07	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“Na realidade o que o município recebe não dá para, como é que diz, para suprir a necessidade do hipertenso. Passa os exames, nós passamos pra lá, fazemos, depois o paciente vai pro cardiologista, as vezes conseguimos, alguns cardiologistas um mês, outro mês não. Mais vai indo um mês conseguimos, outro mês não, mais dá para encaixar, apesar de que as vagas poderiam ser aumentadas, tem muitos pacientes hipertensos aqui.</p>	<p>- Recursos destinados ao cuidado do hipertenso são insuficientes</p> <p>- Agendamentos de cardiologia oscilam conforme disponibilidade das vagas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento • Demanda especializada
CLASSE 1		CODIFICAÇÃO	
E06	<p>TÉCNICA REGULAÇÃO CIDADE DISTANTE</p> <p>“As vagas para cardiologista são poucas e muita procura. Urologista também. Existe o serviço, mas a questão das vagas ofertadas são poucas também, tem mês que conseguimos receber uma vaga no mês.”</p>	<p>- Vagas para cardiologia escassas e muito procuradas.</p> <p>- Poucas vagas para urologista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda especializada

**ANEXO 1 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS
1 – SEGMENTO ASSISTENCIAL**



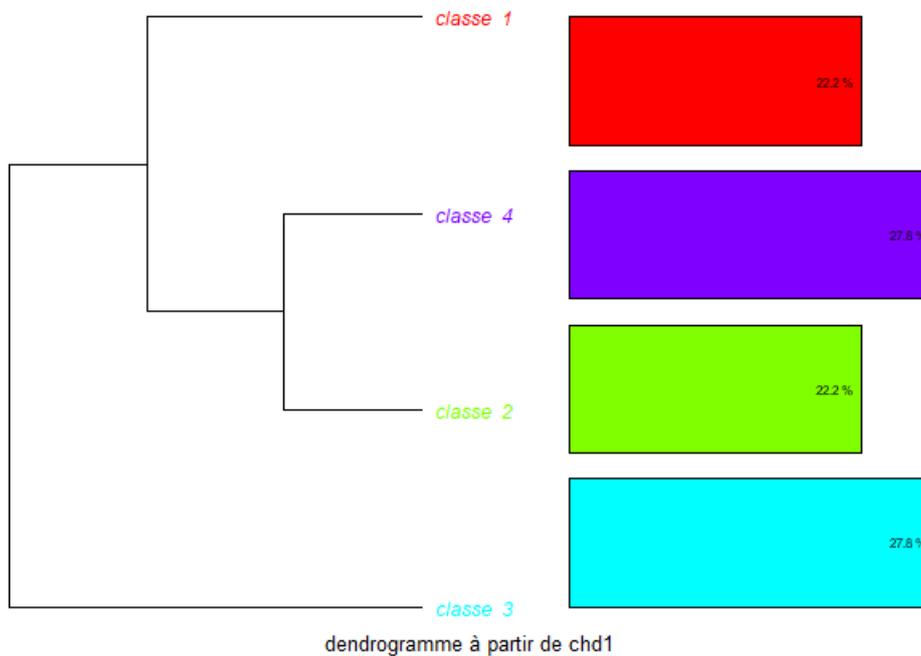
Fonte: Iramutec.

**ANEXO 2 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS
2 – REGULAÇÃO - SEGMENTO ASSISTENCIAL.**



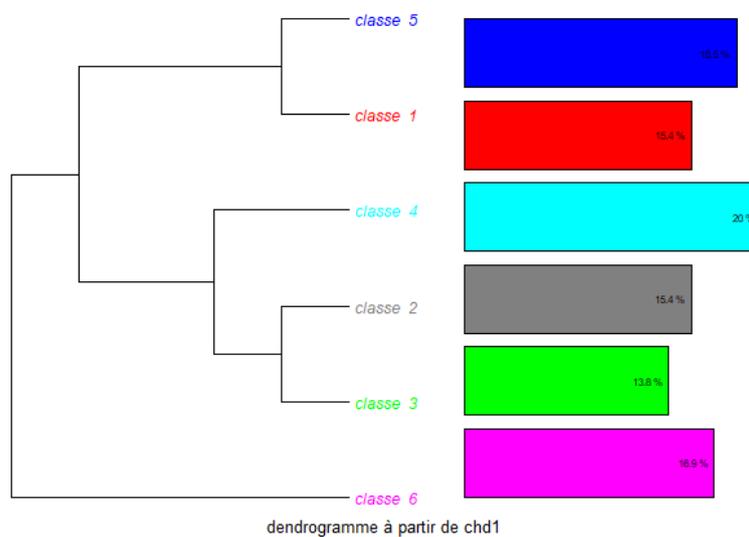
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 3. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS 3
– ACOMPANHAMENTO - SEGMENTO ASSISTENCIAL.**



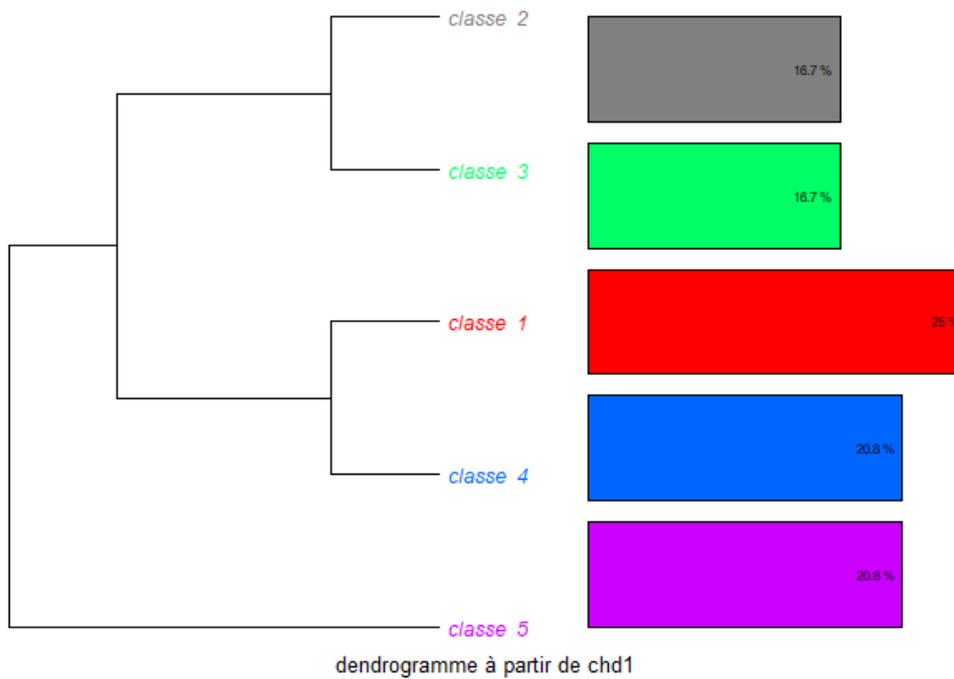
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 4 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES - CORPUS
4 –SUFICIÊNCIA DA REDE- SEGMENTO ASSISTENCIAL.**



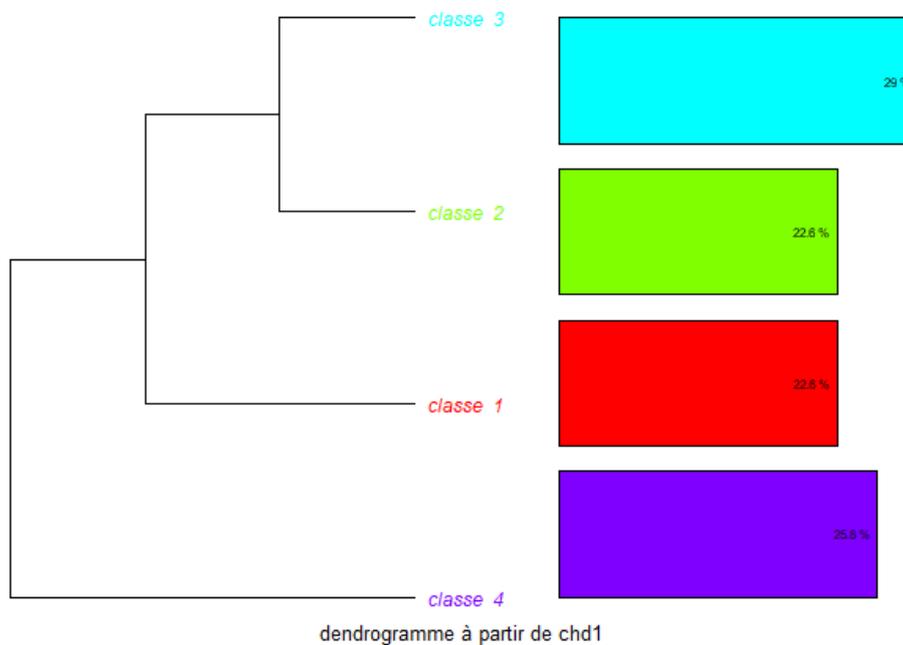
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 5 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES – CORPUS 5 –
ACESSO - SEGMENTO ASSISTENCIAL**



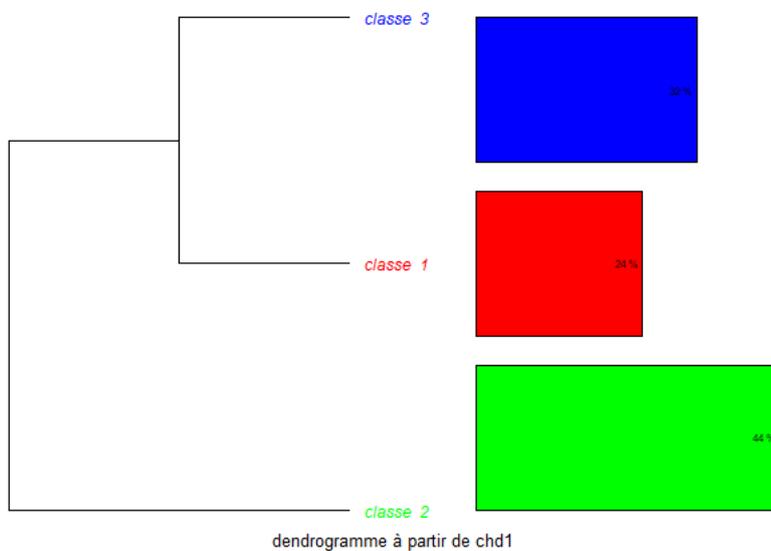
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 6 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 6 –
ESTRATÉGIAS DE APRIMORAMENTO PARA INTEGRAÇÃO DA APS E AAE -
SEGMENTO ASSISTENCIAL**



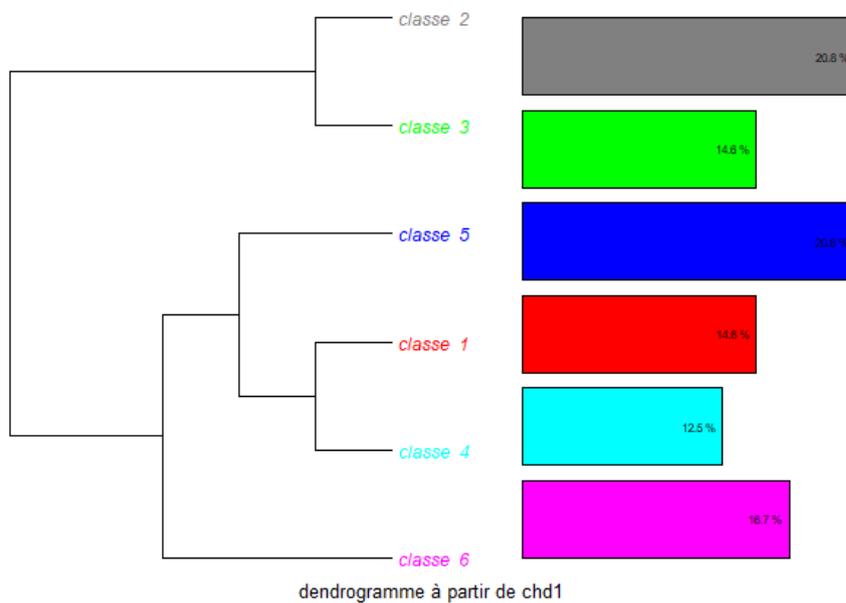
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 7 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 1 – RAS
– APS COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO – SEGMENTO GESTÃO.**



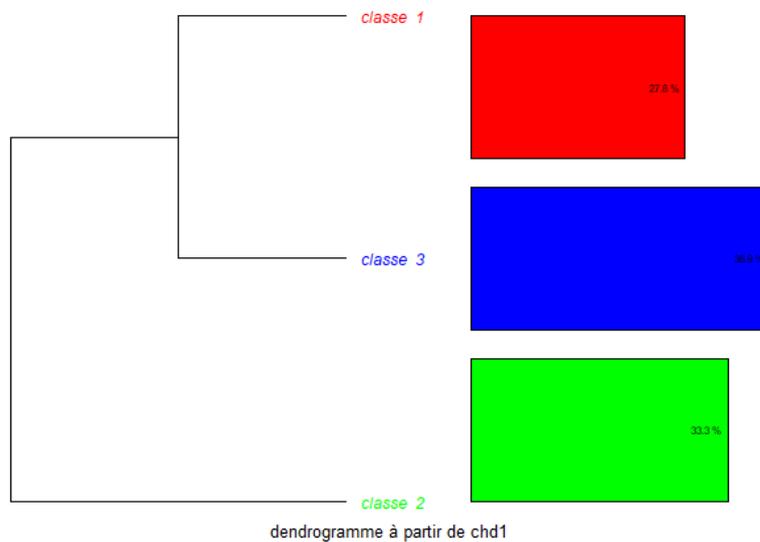
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 8 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 2 –
GOVERNANÇA REGIONAL – SEGMENTO GESTÃO**



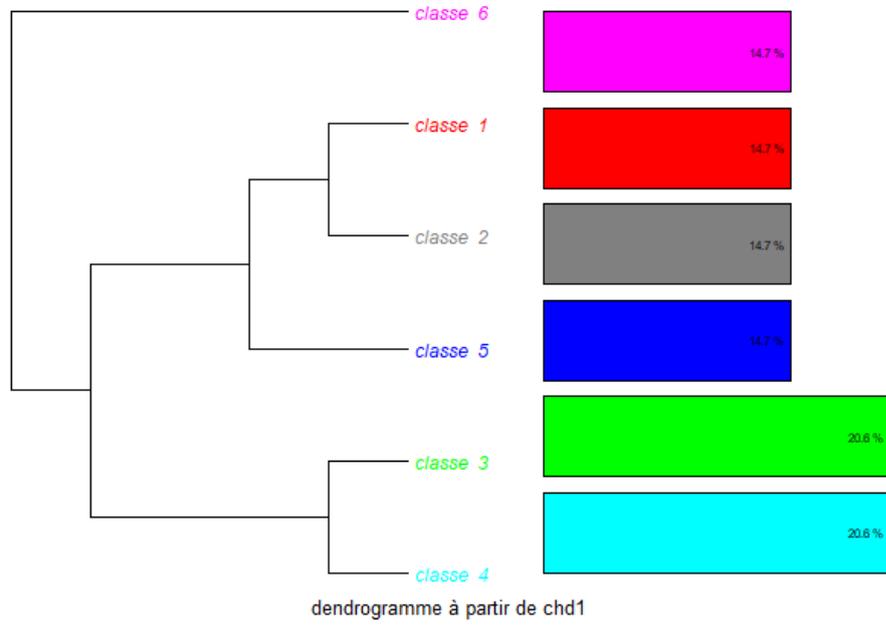
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 9. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 3 –
QUALIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS – SEGMENTO GESTÃO**



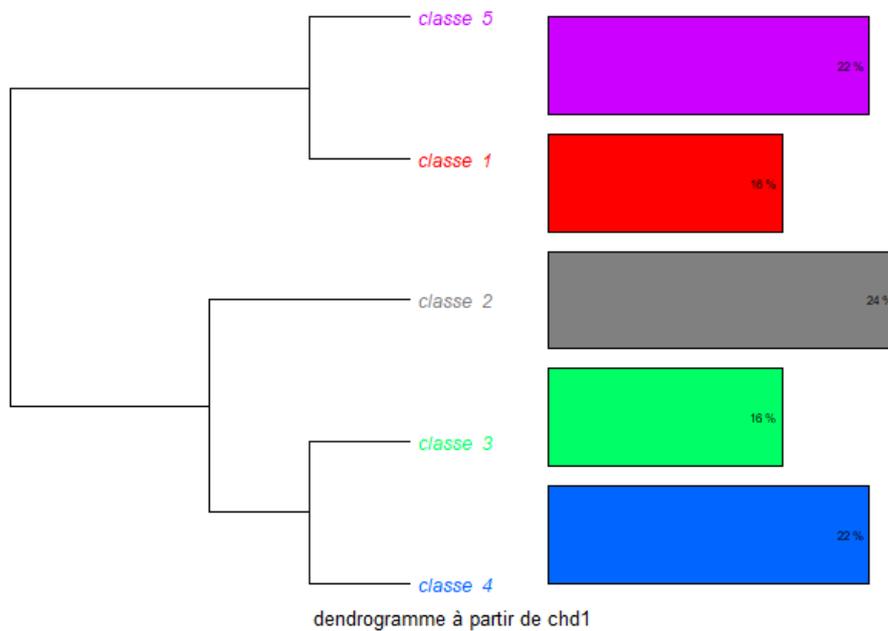
Fonte: Iramuteq.

ANEXO 10. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 4 – FINANCIAMENTO DA RAS – SEGMENTO GESTÃO



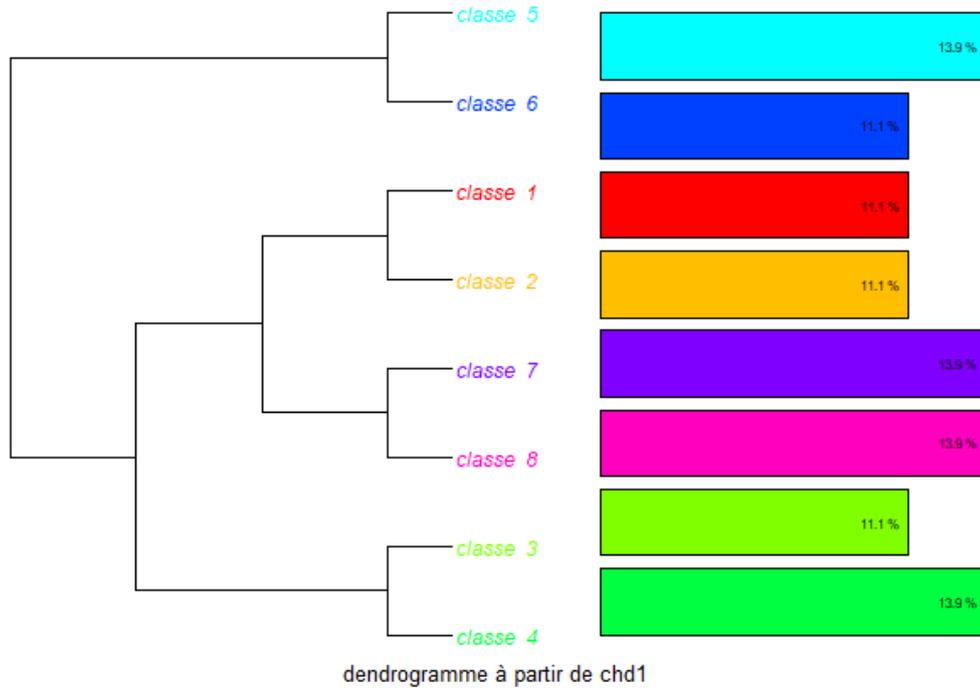
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 11. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 5 –
PACTUAÇÃO REGIONAL – SEGMENTO GESTÃO**



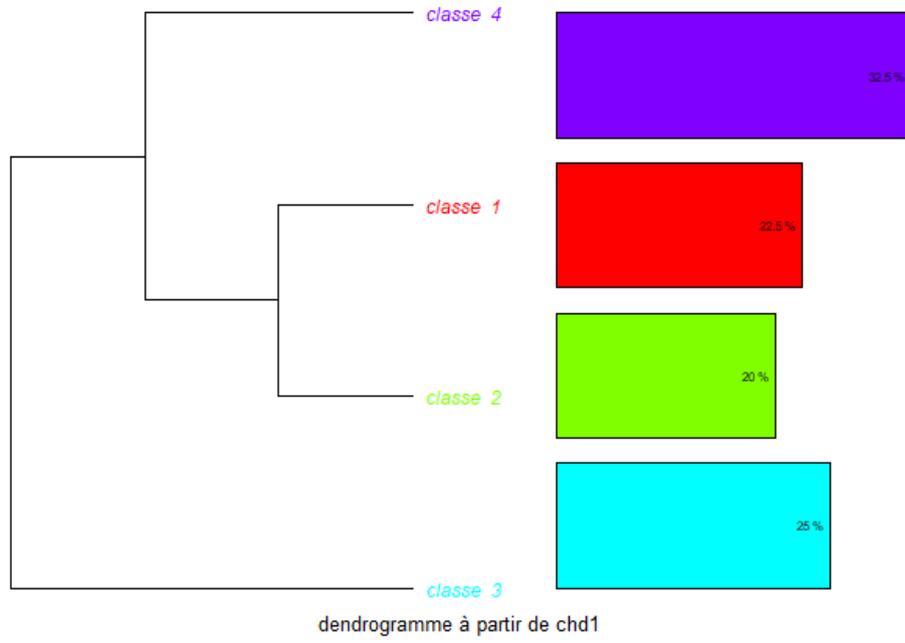
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 12 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 6 –
AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SEGMENTO GESTÃO**



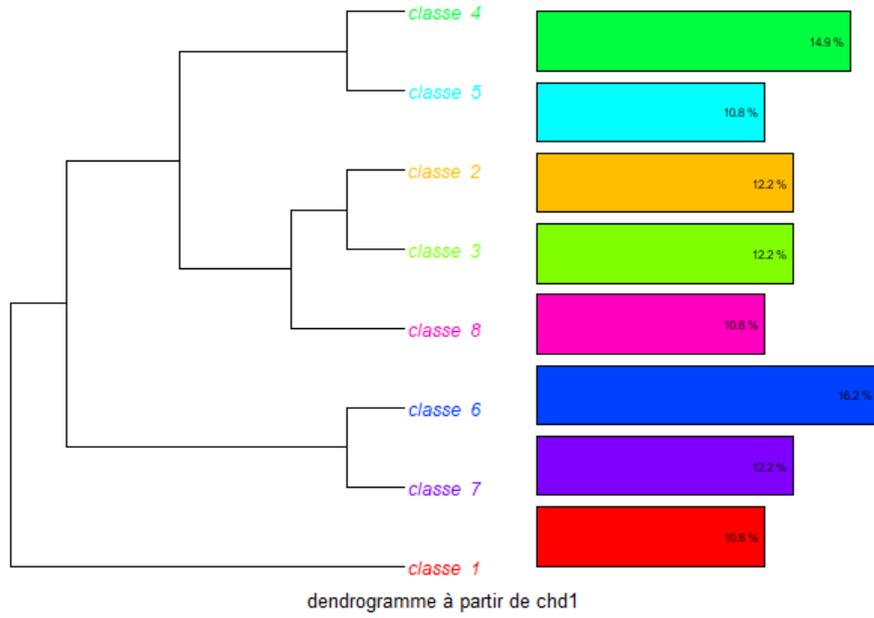
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 13 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 7 –
SUFICIÊNCIA DA REDE – SEGMENTO GESTÃO.**



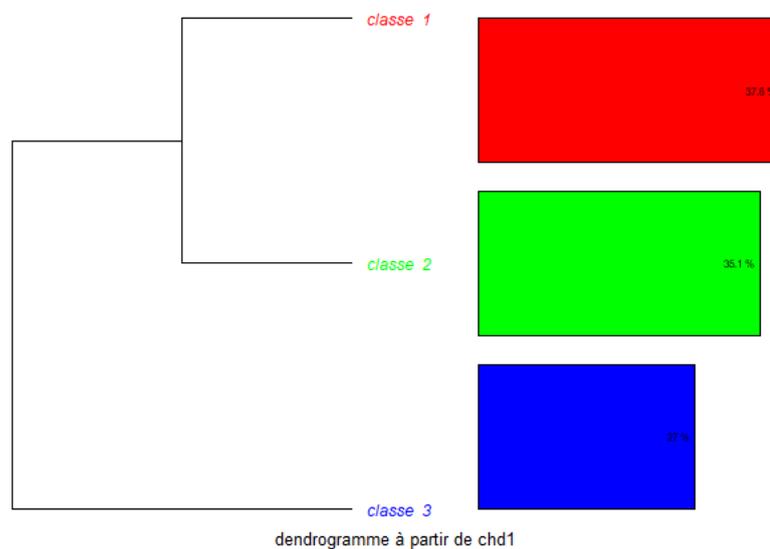
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 14 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 8 –
INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL – SEGMENTO GESTÃO**



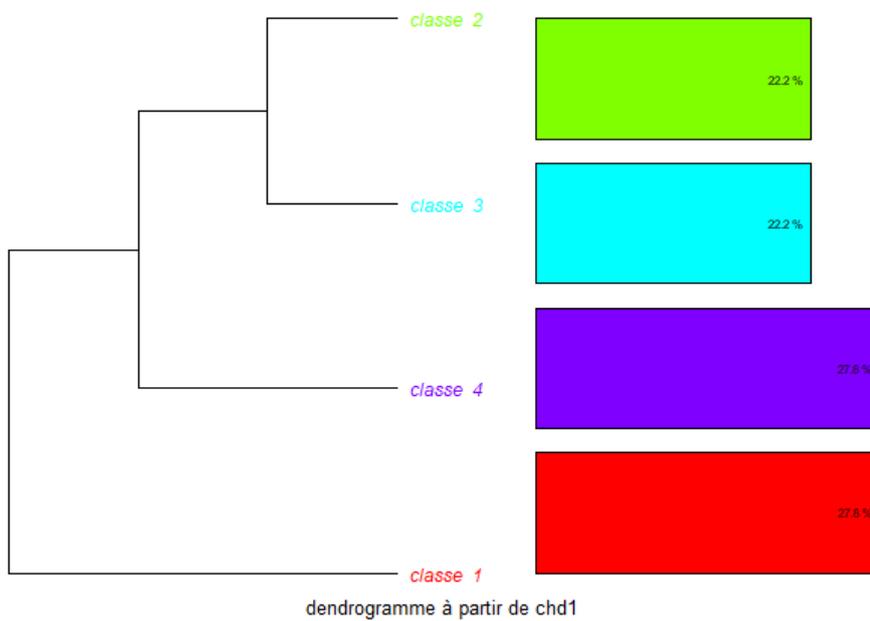
Fonte: Iramuteq.

ANEXO 15 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 1 – RECURSOS HUMANOS; CORPUS 2 – QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL; CORPUS 3 - RECURSOS REGULATÓRIOS; CORPUS 6 – DEMANDA ESPECIALIZADA – SEGMENTO REGULAÇÃO



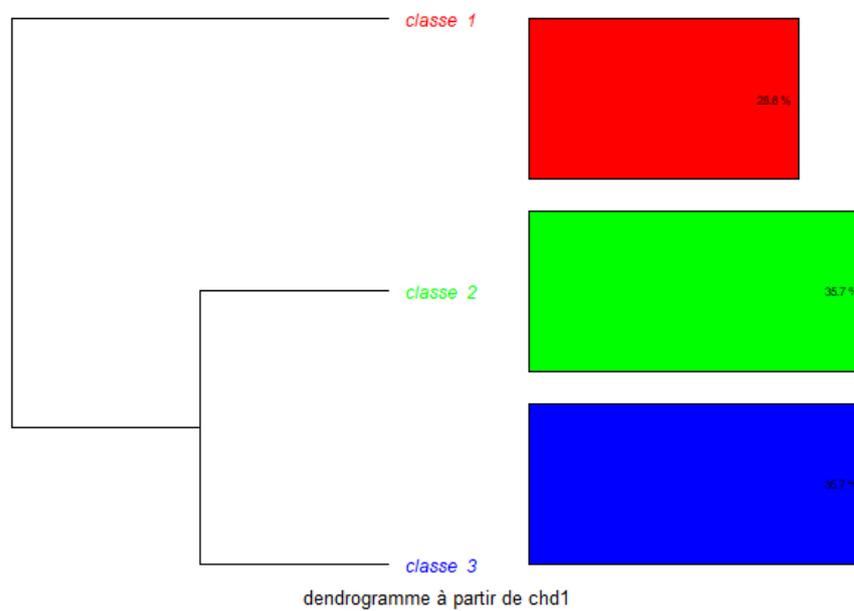
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 16 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 4 –
PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL – SEGMENTO REGULAÇÃO**



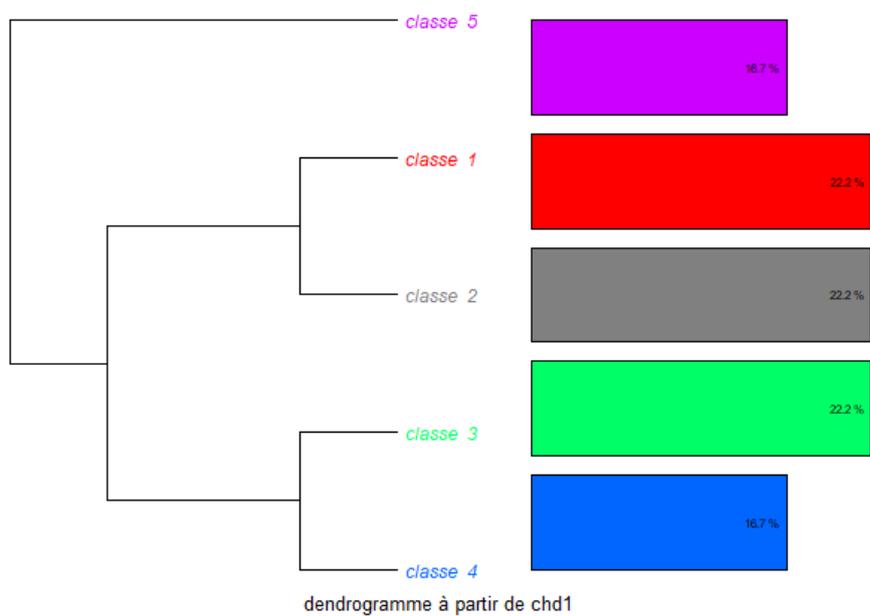
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 17 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 5 –
GERENCIAMENTO DO TEMPO DE ESPERA – SEGMENTO REGULAÇÃO**



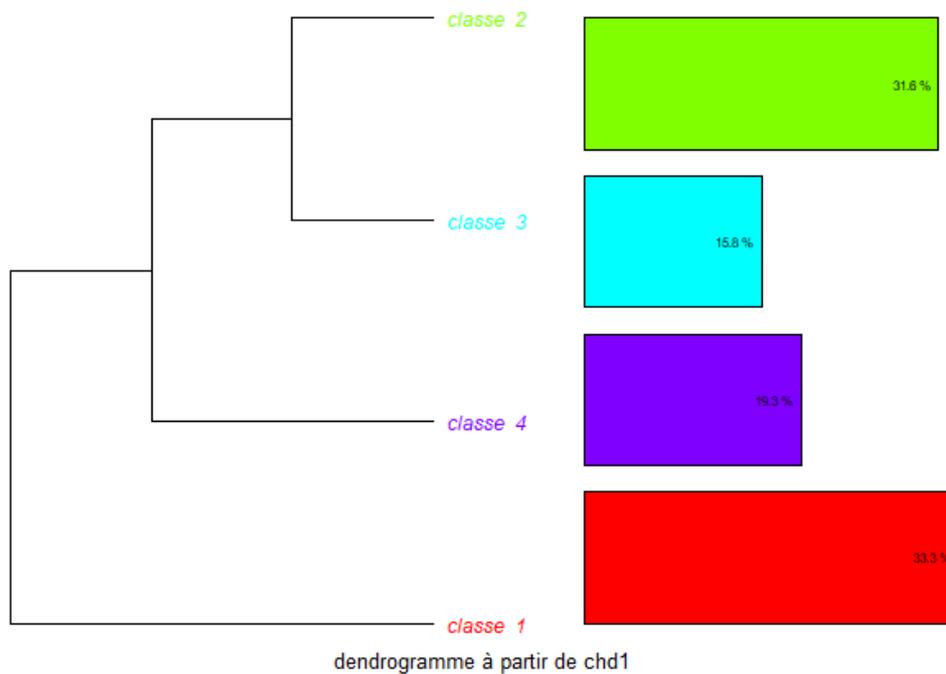
Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 18 - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 7 –
ABSENTEÍSMO – SEGMENTO REGULAÇÃO**



Fonte: Iramuteq.

**ANEXO 19. RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE AS CLASSES. CORPUS 8 –
SUFICIÊNCIA DA REDE – SEGMENTO REGULAÇÃO.**



Fonte: Iramuteq.