



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

DÉBORA MENDONÇA AMARAL DE HOLANDA CAVALCANTI

**PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA REDE PERNAMBUCO / BAHIA – REDE
PEBA: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES, PROFISSIONAIS
DOS SERVIÇOS E USUÁRIOS**

Recife
2022

DÉBORA MENDONÇA AMARAL DE HOLANDA CAVALCANTI

Processo de regionalização da Rede Pernambuco / Bahia – Rede PEBA: uma análise sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços e usuários

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE

2022

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C376p

Cavalcanti, Débora Mendonça Amaral de Holanda

Processo de regionalização da Rede Pernambuco / Bahia – Rede PEBA: uma análise sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços e usuários / Débora Mendonça Amaral de Holanda Cavalcanti. - 2022.

80 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.

Inclui referências e apêndices.

1. Gestão em saúde. 2. Regionalização. 3. Acesso aos serviços de saúde.
I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2023 – 067)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

DEBORA MENDONCA AMARAL DE HOLANDA CAVALCANTI

TÍTULO DO TRABALHO:

**“Processo de regionalização da Rede Pernambuco / Bahia - Rede PEBA:
uma análise sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços
e usuários”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 31/08/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a FABIOLA SULPINO VIEIRA (Examinadora Interna)
IPEA

Prof. Dr. RONALD PEREIRA CAVALCANTI (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. ROGERIO FABIANO GONÇALVES (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

Dedico esta dissertação a todas as pessoas envolvidas na construção e condução da Rede Interestadual Pernambuco-Bahia e às gestoras, gestores, trabalhadoras, trabalhadores, usuárias, usuários e todas(os) que participam do planejamento, avaliação, construção, execução e sustentação das políticas públicas brasileiras que transformam a realidade dos cidadãos, principalmente neste contexto social e econômico crítico.

Também dedico a Iracema Cavalcanti (in memoriam), com quem tive a honra de conviver enquanto neta, mas que sempre admirei enquanto pessoa humana, por ensinar, com o exemplo de seu existir, que o amor é incondicional; o conhecimento é algo que ninguém rouba; devemos viver e não ter a vergonha de ser feliz e o lugar da mulher na sociedade é onde ela decidir estar.

AGRADECIMENTOS

Aos cidadãos brasileiros, como forma de retribuir por toda minha trajetória acadêmica, como possibilidade de ser graduada, tornar-me especialista e, a partir deste momento, Mestre de forma qualificada, por meio de investimentos públicos.

Ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, pelo financiamento ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde - PPGGES, vinculado ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco.

À Universidade Federal de Pernambuco, que, por meio do PPGES, busca atender à demanda por melhoria da eficácia e eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração de inovação em saúde.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco, pelo financiamento desta pesquisa, como também por todo o trabalho desenvolvido na promoção do desenvolvimento científico e tecnológico no Estado.

Ao Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde, do Departamento de Medicina Social da UFPE, especialmente a Daiane Cordeiro, Vinícius Paz, José Ítalo e Ana Beatriz, que enriqueceram e qualificaram o processo de construção e desenvolvimento da pesquisa, no âmbito acadêmico e afetivo.

Aos colegas discentes do PPGGES, em especial à Turma da Escolinha do Professor Arouca, que foram grandes parceiros nesta trajetória, tornando-a leve e divertida por sabermos que podíamos contar um com os outros.

Ao Corpo Docente do PPGGES, por todos os momentos de construção de novos saberes. De modo especial, à Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, pela honra de tê-la como orientadora, mas também como fonte de fortalecimento, inspiração e persistência, não só pela inquestionável competência acadêmica e intelectual, mas pela essência admirável de uma mulher forte, amável, determinada, acolhedora, entre outras qualidades que a tornam um ser diferenciado. Eterna gratidão!

Aos meus amigos de trajetória na Gestão Pública, que sempre me fortaleceram/fortalecem e me fizeram/fazem acreditar na possibilidade da transformação social por meio do fortalecimento e qualificação das políticas públicas e SUSstentam ao meu lado.

Aos amigos da vida, por todo apoio, encorajamento e companheirismo, não só neste período, mas por toda minha vida, especialmente Carol, Ângela, Inês, Marcinha, Suh, Mai e Dea, que me incentivaram a realizar o Mestrado, se colocaram à disposição para contribuir e me fortaleceram em todo momento.

À minha família sanguínea e constituída, que são minha base, minha razão, minha fonte de vida e força. Com eles experimento diariamente a força do amor. Nunca me deixam esquecer o privilégio por tê-los em minha existência, sem eles eu nada seria. Amo vocês!

A Deus, por tudo que pude/posso experienciar, por me fazer instrumento de sua vontade e vivenciar a plenitude de seu amor. Eterna Gratidão!

Sabemos que o ideário do SUS é público, universal e não diferencia classe, tem a saúde como um direito e atua na dimensão coletiva – e que isso está em conflito direto com a visão hegemônica, com a globalização, o empreendedorismo, o consumismo, o mercantilismo de quem paga para poder ter uma saúde melhor, reproduzindo desigualdade no mesmo espaço. O SUS é projeto potente, é parte central do processo civilizatório. Sem ele, é barbárie social (TEMPORÃO, 2018).

RESUMO

Diante dos desafios de uma regionalização solidária, foi implantada a pioneira Rede Interestadual de Saúde na região entre os estados de Pernambuco e Bahia (Rede PEBA). Além do olhar sobre o território interestadual, a complexa relação gerencial objetivou este estudo: por meio da abordagem qualitativa, analisar o processo de regionalização da Rede PEBA, considerando a regulação assistencial sob as perspectivas dos gestores, profissionais dos serviços e usuários. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave que ocupavam espaços estratégicos na Rede. Os resultados apontam que a regionalização em saúde é um desafio no SUS e na rede PEBA, pela necessidade de descentralização das hierarquias de serviços e organização de rede, diante de entes com porte populacional e diferenças na oferta de bens e serviços. Acrescido aos dilemas e conflitos referentes à autonomia fiscal e de gestão. A regionalização foi reconhecida como potência no alcance da universalização do acesso e garantia da longitudinalidade do cuidado, diante da integração dos níveis de complexidade, evidenciando a necessidade de disponibilizar ações e serviços, bem como sistemas de apoio, logísticos e de governança. A regionalização e a organização da Rede de Atenção à Saúde se basearam nos arcabouços legais, que não garantiram seu desenvolvimento pleno. A Rede se constituiu a partir de linhas de atenção à saúde, conformando-se de forma fragmentada, tendo a Central de Regulação Interestadual de Leitos como sustentação, não alcançando todos os objetivos propostos. Na associação da oferta-produção-fila de espera, evidencia-se o consenso de que a qualificação da gestão da clínica, do processo de encaminhamento e a necessidade de organização e comunicação são imprescindíveis para garantir o acesso oportuno. Do contrário, tem-se efeitos no absenteísmo, com impacto no aumento das filas. Torna-se primordial adotar instrumentos legais de gestão que garantam a cooperação entre entes, o fortalecimento dos ambientes de governança, com a participação de todos os atores envolvidos no processo, para a estruturação de uma Rede que atenda às necessidades da população, aos princípios do SUS e efetive o direito à saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Regionalização da Saúde; Regulamentação Governamental; Formulação de Políticas; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Faced with the challenges of a solidary regionalization, the pioneering Interstate Health Network was implemented in the region between the states of Pernambuco and Bahia (Rede PEBA). In addition to looking at the interstate territory, the complex managerial relationship aimed this study, through a qualitative approach, to analyze the regionalization process of the Rede PEBA, considering care regulation from the perspectives of managers, service professionals, and users. For the data collection, semi-structured interviews were used with key informants who occupied strategic spaces in the network. The results indicate that health regionalization is a challenge in the SUS and the PEBA network, due to the need for decentralization of service hierarchies and network organization, in the face of entities with population size and differences in the supply of goods and services. Added to the dilemmas and conflicts regarding fiscal and management autonomy. Regionalization was recognized as a power in achieving universal access and guaranteeing the longitudinality of care, given the integration of levels of complexity, evidencing the need to provide actions and services as well as logistical, and governance systems. The regionalization and organization of the Health Care Network were based on legal frameworks, which did not guarantee its full development. The Network was constituted from lines of health care, conforming in a fragmented way, having the Interstate Regulation Center of Beds as support, not reaching all the proposed objectives. In the association of supply-production-queue, there is a consensus that the qualification of clinic management, the referral process, and the need for organization and communication are indispensable to guarantee proper access. Otherwise, there are negative effects on absenteeism, with an impact on queues growth. To achieve the structuration of a Network that meets the population needs, the SUS's principles, and enforce the right to health, is primordial to adopt legal management instruments that guarantee cooperation between entities, the strengthening of governance environments, with the participation of all actors involved in the process.

Keywords: Health Management; Regional Health Planning; Government Regulation; Policy Making; Health Services Accessibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRIE	Comissão de Cogestão da Região Interestadual
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
GT	Grupo de Trabalho
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OPAS	Organização PanAmericana da Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PEBA	Pernambuco e Bahia
PPGGES	Programa de Pós- Graduação em Gestão e Economia da Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
QualiSUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
Rede RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral.....	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Regionalização em Saúde.....	16
3.2	Regulação do Acesso à Assistência.....	19
3.3	Rede Pernambuco / Bahia	23
4	MÉTODO	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1	Da Potência às Perspectivas Futuras: a Trilha da Regionalização	30
5.2	Regulação Assistencial em Saúde: Avanços e desafios da Multifatorialidade na Região da Rede PEBA.....	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICE A – ARTIGO	59
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	73
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES	76
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – TRABALHADORES.....	78
	APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS.....	80

1 INTRODUÇÃO

A regionalização protagoniza o cenário da política de saúde como lógica de governança potente para a universalidade, igualdade e solidariedade, com o intuito de priorizar ações para lidar com as desigualdades políticas, territoriais, geográficas, sociais e econômicas, no âmbito da saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Compreendida como um processo político, a regionalização da saúde envolve a partilha do poder entre governo, organizações públicas e privadas, e cidadãos. Configura a região como o principal centro integrador das referências entre os serviços das esferas subnacionais, e abarca a formulação de ferramentas e instrumentos para mediar e implementar o planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento (SANTOS; CAMPOS, 2015; VIANA; LIMA, 2011).

Do ponto de vista da integração do cuidado em direção vertical (diferentes níveis de atenção) e horizontal (dentro do mesmo nível) no Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.508/11, principal normatização ministerial para a regionalização, reafirma o compromisso acerca da organização das ações e serviços em saúde mediante a definição das regiões de saúde e da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RASs) (BRASIL, 2011a). As RASs são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que buscam garantir a integralidade do cuidado, com diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010. p.1).

O funcionamento operacional e logístico das RASs depende, dentre outros elementos, da regulação assistencial. Esta tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (BRASIL, 2008a). A regulação assistencial compõe uma complexa realidade gerencial que atua sobre uma mesma rede ofertada, de maneira direta ou indireta, merecendo estudos que identifiquem limites e potencialidades.

A regulação assistencial, na proposta desta pesquisa, é utilizada como marcador para o estudo da regionalização, sendo compreendida como estratégia de governança (dimensão governamental, abrangendo pactuações entre gestores estatais e organizações civis). A estratégia de governança de uma regional interestadual possui características próprias, se comparadas com outras regiões

(distrital, municipal, intermunicipal), havendo uma sobreposição de dificuldades e aumentando os desafios. Do ponto de vista de uma rede usuário-centrada, destaca-se a dificuldade de acesso ao sistema de marcação de consultas e exames especializados (AGUILERA, et al., 2013).

O difícil acesso às consultas e exames ocorre, em parte, numa perspectiva quantitativa, devido a uma oferta inferior à demanda, o que gera longas esperas para o atendimento, com agravamento do estado de saúde (LAROQUE; FASSA; CASTILHOS, 2015; CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SERRA; RODRIGUES, 2010). Outro fator que contribui para as longas esperas é o absenteísmo, com taxas variando, em consultas especializadas, de 18% (LAROQUE; FASSA; CASTILHOS, 2015) a 41,2% (CAVALCANTI, et al., 2013), o que revela o impacto que teria a ampliação de ofertas, com o conseqüente aumento de eficiência, merecendo destaque na gestão da regulação assistencial.

Considerando os desafios postos a uma regionalização solidária, que viabilize a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade do cuidado, aspectos relacionados à regulação assistencial são de fundamental importância para a efetivação do Sistema Público de Saúde. Nesta perspectiva, foi implantada a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA), na região entre os estados de Pernambuco e Bahia, a fim de desenvolver mecanismos de regionalização, por meio da regulação em saúde, para integrar as Redes de Atenção à Saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e da Macrorregião Norte da Bahia.

A Rede PEBA apresenta algumas particularidades em relação às demais regiões de saúde do Brasil, por ser a pioneira na sua conformação de território interestadual. É constituída por uma complexa relação gerencial de territórios, que envolve os Agentes Públicos na coordenação do cuidado nos municípios que compõem as regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e das duas gestões estaduais, e Agentes Privados, que coordenam os serviços de saúde de abrangência interestadual.

Diante de todo este panorama e riqueza de fatos, têm sido realizados estudos sobre a Rede PEBA. No entanto, não foram encontradas referências, na literatura, sobre a compreensão do processo de regionalização pós-pacto pela saúde, das ações e serviços de saúde da macrorregião do Vale do São Francisco, por meio da

análise da regulação assistencial, a partir da perspectiva dos atores envolvidos no processo.

Nesta dissertação, além da seção de contextualização do tema e apresentação da motivação, há mais cinco seções. A segunda seção apresenta os objetivos geral e específicos. A terceira abordará a revisão de literatura, seguindo-se a quarta, explicando a metodologia aplicada no estudo, e finalmente a quinta seção, com os resultados e discussão, seguidos das referências.

No APÊNDICE A consta o artigo “Multifatorialidade na Regionalização Interestadual em Saúde: uma análise por meio da regulação assistencial”, a ser enviado ao periódico Cadernos de Saúde Pública. O APÊNDICE B transcreve o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), seguindo-se os APÊNDICES C, D e E, que apresentam os roteiros utilizados no momento das entrevistas com os atores envolvidos na pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de regionalização da Rede Pernambuco / Bahia (Rede PEBA) por meio da regulação assistencial, sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços e dos usuários.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a concepção e impressão dos gestores, profissionais dos serviços e usuários sobre o processo de regionalização na Rede PEBA;
- Explorar a compreensão dos gestores e profissionais dos serviços sobre a implantação da rede PEBA;
- Compreender a visão dos gestores, profissionais dos serviços e usuários sobre os serviços de saúde ofertados, fila de espera e resultados da associação de oferta-produção-fila de espera na região da Rede PEBA.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Regionalização em Saúde

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendida em ciclos políticos, é dividida em dois períodos. No primeiro (1988 a 2000), prevaleceu o protagonismo da esfera municipal, decorrente da descentralização e, no segundo (a partir de 2000), o processo de regionalização, com a construção das Regiões de Saúde (RSs) e das Redes de Atenção à Saúde (RASs). Além destas caracterizações, os contextos político, econômico e social também são distintos nos dois períodos, bem como os modelos de atenção à saúde, de gestão e de regulação, e o perfil de financiamento (VIANA et al., 2017a).

A descentralização e regionalização estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde nº 8080, de 1990, como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do SUS, são diretrizes organizativas importantes na construção de novas práticas de saúde. Neste processo, a otimização dos recursos e a racionalidade de gastos visam a adequada distribuição dos serviços de saúde, contribuindo para a efetividade de um sistema único de saúde que promova a equidade de acesso.

A regionalização das ações e serviços de saúde inclui o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços em determinado território, constituindo um processo político vinculado à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário (RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018). Os autores afirmam que, no contexto do sistema de saúde a regionalização tem como objetivo propiciar vínculos construtivos, efetivos, participativos e duradouros entre determinada população e a rede de serviços, a fim de garantir atendimento integral, específico, segundo critérios determinados, confiáveis e acessíveis a cada cidadão.

A regionalização dos serviços, na perspectiva de construir redes de atenção à saúde, propõe-se a orientar o processo de descentralização capaz de garantir o direito à saúde; a integralidade no cuidado e no acesso aos diferentes níveis de atenção e densidades tecnológicas; a resolubilidade e qualidade de assistência,

devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de regiões de saúde, organizadas em uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada (VIANA; LIMA, 2011).

As regiões de saúde são definidas como:

Um espaço geográfico contínuo construído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, p.1).

Dentro dessa concepção, na década de 90 o Ministério da Saúde aponta que a rede regionalizada e hierarquizada:

Permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990, p.5).

No cenário brasileiro, o Pacto pela Saúde surge em busca da consolidação da equidade social, tendo a regionalização como eixo estruturante do SUS e as RASs como estratégia essencial para o desenvolvimento e o fortalecimento da gestão, orientando a organização das ações e serviços de saúde por meio delas.

A integralidade no Pacto pela Saúde, é entendida na perspectiva do atendimento integral do acesso, considerando todos os níveis de complexidade, priorizando as atividades preventivas, mas sem prejuízo aos serviços assistenciais. Bem como, na compreensão da integralidade da Atenção à Saúde, centrada no indivíduo, respeitando a diversidade cultural, subjetividades e a autonomia dos usuários (BRASIL, 2006).

A efetivação de uma atenção à saúde contínua e de qualidade, que produza o cuidado em saúde de forma integral é induzida por estratégias micropolíticas e de intervenção gestora. Sendo assim, deve se apostar em práticas de saúde que contribuam para o êxito do modelo público baseado em formação, educação permanente, gestão e comunicação entre todos os indivíduos dos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

A implementação das RASs no país, desde 2011, tem sido orientada em torno de prioridades estabelecidas de acordo com diretrizes clínicas ou organizativas,

como materno-infantil, atenção psicossocial, doenças crônicas, ou de serviços de urgência e emergência, denominadas redes temáticas, por meio de financiamento federal (BRASIL, 2014; MENDES, 2010).

A governança das redes de atenção é um dos dispositivos para essa estratégia, compreendida como um arranjo institucional organizativo que busca fortalecer relações de cooperação e solidariedade entre os distintos responsáveis e favorece a gestão dos componentes das redes (serviços de atenção e de apoio diagnóstico e/ou logístico), a fim de obter resultados mais satisfatórios para a região (MENDES, 2010; BRASIL, 2010).

O objetivo do sistema de governança é fomentar uma missão e visão para a região de saúde, definindo objetivos e metas, no intuito de promover a articulação de políticas institucionais e intersetoriais e fortalecer, por meio do planejamento, a própria capacidade de gestão regional, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2014; MENDES, 2010; BRASIL, 2010).

Três aspectos abrangem esse arranjo: o institucional, através do fortalecimento das instâncias gestoras do SUS; o gerencial, com organização de grupos condutores das regiões, em consonância com a rede temática, responsáveis pela construção dos diagnósticos regionais, desenho dos planos de ação; e o financiamento (BRASIL, 2014).

A implementação das RASs, assim como a regionalização, enfrenta dificuldades não superadas, ainda que diante da existência de um escopo de orientações, normativas e diretrizes (MELLO et al., 2016; LIMA et al., 2012a; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIANA et al., 2008). A regionalização da saúde advém das relações entre diversos atores, com interesses e orientações distintas, não necessariamente convergentes, com o envolvimento de diversos processos de negociação.

A dinâmica relacional é a base do processo político da regionalização, caracterizada por interesses econômicos, privatistas, municipalistas, político-partidários, entre outros, o que dificulta a institucionalidade nas regiões de saúde. No país, vários são os estágios de institucionalidade da regionalização, um processo fortemente condicionado por aspectos de natureza político-institucional, histórico-estrutural e conjuntural (BRASIL, 2010; VIEIRA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A escassa cultura de planejamento, a fragilidade dos instrumentos de gestão, a dificuldade na regulação do setor privado contratado e o subfinanciamento,

acrescentam-se à diversidade de estratégias de operacionalização; além de ausência de mecanismos de coordenação regional que garantam juridicamente as pactuações (MELLO et al., 2016; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; LIMA et al., 2012b; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

As mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população, com o processo de envelhecimento e a alta prevalência dos agravos e doenças não transmissíveis ampliam os desafios aos sistemas de saúde. Esses agravos requerem maior interação dos profissionais de saúde com os usuários e reforçam a necessidade de projetos terapêuticos singulares que ampliem a autonomia do paciente (BADUY et al., 2011).

Ao longo dos anos houve uma ampliação dos serviços e ações ofertadas, sobretudo pelos municípios, porém, a rede contínua de cuidados integrais, indispensável para integrar os diferentes níveis de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade junto aos usuários ainda não é uma realidade (SANTOS, 2007; MERHY et al., 2003).

A articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção também é um desafio importante, agravado pelo fato de, muitas vezes, a organização e o financiamento seguirem lógicas distintas. O que acarreta uma resolubilidade limitada, descontinuidade, desresponsabilização, retrabalho e perda de qualidade da atenção prestada ao usuário (FEUERWERKER; MERHY, 2008; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Neste sentido, além dos gestores, os usuários ocupam um novo papel na produção da saúde, indispensável nos arranjos que favoreçam a integralidade do cuidado e propiciem a continuidade da atenção.

Regulação do acesso à assistência

No Brasil, as ações de controle e de avaliação da assistência à saúde começaram de forma mais estruturada em 1978, com a constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Através da Secretaria de Controle e Avaliação, a produção e os gastos na assistência médica aos segurados eram controlados junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário.

No período de 1993 a 2000, foram elaboradas diretrizes e normas, bem como constituído o Sistema Nacional de Auditoria, caracterizando, de forma genérica, o início e desenvolvimento, nos estados e municípios, das ações de controle, avaliação e auditoria. No entanto, tais ações, na prática da maioria dos estados e municípios, restringiram-se ao controle contábil-financeiro, através das produções ambulatoriais e hospitalares, e do “teto” financeiro transferido ou disponibilizado pelo Ministério da Saúde (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018).

A partir de 2000, se inicia um debate institucional mais aprofundado em relação ao conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde. O Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas da Secretaria de Assistência à Saúde passa a responder pelas ações de controle e avaliação assistenciais. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOASs 01/2001 e 01/2002) organizam a regionalização da assistência, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O conceito, as práticas e as finalidades da regulação em saúde não estão totalmente desenvolvidas até os dias atuais, não têm uniformidade, ou seja, apresentam variações ao longo dos anos. No entanto, foi a partir das NOASs que foi institucionalizada a classificação atualmente vigente. Em 2006, o Pacto pela Saúde também fomentou a ideia da regulação, do matriciamento e das linhas de cuidado como alternativas para articular a gestão do sistema e a produção do cuidado (BRASIL, 2006).

Em 2008, é instituída a Política Nacional de Regulação do SUS. Em seu Art. 2º estão organizadas as ações, em três dimensões de atuação: 1) Regulação dos Sistemas de Saúde, com foco na execução de ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas municipais, estaduais e federal; 2) Regulação da Atenção à Saúde, com o objetivo de garantir a prestação de serviços adequados à população, através de ações diretas e finais de atenção à saúde e; 3) Regulação do Acesso à Assistência, dimensão norteadora deste estudo, cuja classificação conceitual está expressa em portaria, da seguinte forma:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a

regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2018a).

A efetividade da Regulação do Acesso à Assistência se dá pela disponibilização de alternativas assistenciais mais adequadas à necessidade do cidadão. Para isto, a Política Nacional de Regulação aponta as seguintes ações como necessárias:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (BRASIL, 2018a)

Ainda que não haja uniformidade na conceituação, a regulação assistencial deve estar articulada ao processo de avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação dos recursos (detalhadamente especificada pela programação da assistência por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI, ou outro instrumento legal), além da interface com as ações de controle e avaliação. Contudo, a regulação ainda tem sido pautada pela fragmentação do cuidado e dificuldade de acesso a serviços e procedimentos (BADUY et al., 2011).

A fim de garantir a integralidade da saúde, por meio do processo de referência de serviços, o processo regulatório no SUS é realizado sob a ótica da regionalização, considerando as diferentes responsabilidades sanitárias de cada ente federativo, União, Estado e Município, de acordo com a complexidade financeira e tecnológica dos serviços. Além disso, a organização do processo regulatório deve estar de acordo com os arranjos de rede, integrando a atenção primária, a média e a de alta complexidade, além dos sistemas logísticos, de apoio e de governança (MARTINS, 2018).

Os arranjos de rede têm, em sua estrutura, elementos que sustentam sua operacionalização e são organizados através da Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro comunicador, que coordena o cuidado através dos fluxos e

contrafluxos; dos serviços especializados, localizados na atenção secundária e terciária; da assistência farmacêutica, serviços diagnósticos e terapêuticos e informação em saúde, que constituem os sistemas de apoio; da disponibilização do acesso regulado, cartão do usuário, prontuário eletrônico e transporte, que fazem parte do sistema logístico e do sistema de governança (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

A instituição de espaços de governança no escopo das organizações de saúde é cada vez mais defendida (REIS et al., 2017; BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016) tendo como desafio a constituição, através da interação entre atores sociais em espaços coletivos, de microprocessos regulatórios, que produzem estratégias coletivas, com maior capacidade de integração sistêmica, adequadas ao contexto local, de forma auto-governamental, com normas e regras instituídas para o controle organizacional e execução da rotina dos serviços (BARBOSA, 2019).

A dificuldade de acesso à assistência nos serviços da APS, bem como a baixa resolutividade deste nível de atenção e a fragilidade na contrarreferência do nível secundário do paciente em acompanhamento são aspectos apontados como grandes gargalos do processo regulatório. Tais deficiências fazem com que a procura dos serviços de urgência constitua a escolha de usuários com queixas crônicas e sociais como porta de entrada no SUS (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

O acesso, um dos fundamentos que precisam ser considerados para assegurar a resolutividade na RAS, pode ser analisado através da obtenção da atenção necessária ao cidadão ou sua família, ou seja, a disponibilidade; do tempo de espera para o atendimento, a forma de agendamentos, a facilidade de contato com os profissionais, a conveniência de horários, o conforto do ambiente de atendimento, a comodidade; e a aceitabilidade, relacionada tanto à aceitação dos usuários em relação aos profissionais, como à sua satisfação frente à localização e estrutura física e ao atendimento prestado (LIMA et al., 2015).

Pode-se dizer que a regulação de acesso, conjunto de saberes, relações, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso oportuno, ordenado, equitativo, e qualificado constituem os instrumentos que irão ajustar a oferta existente às necessidades de saúde dos usuários do SUS. O ponto fundamental é otimizar os

recursos existentes, já que, muitas vezes, a oferta disponível é insuficiente, em determinada região ou município (COSEMS-RJ, 2019).

Além de realizar a interlocução entre regiões e municípios, a regulação também tem a função de qualificar as demandas dos usuários, estabelecendo prioridades na atenção, ou seja, a regulação deverá não somente fazer a gestão da oferta, mas, sim, a gestão da demanda, juntamente com os prestadores de serviços e os gestores (COSEMS-RJ, 2019).

Os desafios enfrentados pela regulação assistencial são no âmbito do acesso; tempo de espera; diversidade temáticas das Redes de Atenção; indefinições de fluxos; precariedade dos sistemas de informações e existência de múltiplos processos regulatórios (PEREIRA; CRUZ; PADILHA, 2018). Diante do olhar sobre um território interestadual, além da complexa relação gerencial, a Rede PEBA é considerada um espaço privilegiado para estudos voltados ao processo de regionalização, sob a perspectiva da regulação assistencial.

Rede Pernambuco / Bahia

A Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco/Bahia, conhecida nacionalmente como Rede PEBA, é composta por 53 municípios que integram a IV Macrorregião de Pernambuco e a Macrorregião Norte da Bahia, tendo como sedes os municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Estima-se uma população total de 2.082.092 habitantes usufruindo desta articulação interestadual de pessoas, ações e serviços de saúde (WRUBLEWSK, et al., 2018).

Compreender a importância da criação da rede PEBA, a história compartilhada de desenvolvimento dos municípios de Petrolina e Juazeiro é fundamental, pois se estende para a área da saúde. A busca de acesso a serviços de saúde entre as duas cidades desenvolveu um fluxo de cooperação informal entre os gestores municipais, que impulsionou a inclusão dessa realidade na agenda política. A construção paulatina de uma rede de política, consequente do processo de cooperação e articulação dos secretários municipais de saúde de Petrolina e Juazeiro, deu notoriedade ao problema e passou a compor a agenda política dos três níveis de governo (PEREIRA, 2017).

O primeiro marco legal para a implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual ocorreu em 2008, através da Portaria Ministerial nº 1.989, que

constituiu o Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do projeto de organização dos serviços de saúde, a fim de racionalizar e aperfeiçoar a utilização de recursos na região (BRASIL, 2008b). No ano seguinte, a portaria foi editada, através de nova Portaria Ministerial nº 1.453, incluindo um representante da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) no GT para a implantação da Rede (BRASIL, 2009).

A fim de garantir apoio técnico às gestões estaduais na elaboração do diagnóstico de rede, a Diretoria de Redes do MS lançou, em 2009, um edital para contratação de uma consultoria. Ao longo do desenvolvimento do diagnóstico identificou-se que a proposta da rede não estava mais restrita às regiões de Petrolina e Juazeiro. Neste sentido, o movimento ganhou robustez e passou a agregar as duas macrorregiões, uma de Pernambuco e outra da Bahia (PEREIRA, 2017).

O Grupo de Trabalho elaborou o Mapa de Saúde da Região, formulou os objetivos, metas e suas principais linhas de ação, como primeira fase do processo, através da realização de oficinas. (WRUBLEWSK, et al, 2018) Com base no diagnóstico de saúde e nos principais problemas da região, o planejamento da rede, a PPI macrorregional e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) macrorregional foram elaborados. O fortalecimento da APS, a redução da mortalidade materno-infantil, a atenção às urgências e a regulação foram definidas como áreas estratégicas de atuação. (PEREIRA, 2017)

O Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, elaborado pelo Grupo de Trabalho instituído, teve como objetivo geral implementar a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio Vale do São Francisco. O projeto, elaborado de acordo com a análise situacional da região, destaca também dez objetivos específicos: I. Definir instância de cogestão da macrorregião interestadual; II. Elaborar diagnóstico de saúde, identificando os principais problemas da região; III. Implementar as linhas de cuidado e atenção priorizadas no Pacto pela Saúde; IV. Fortalecer a Atenção Básica de Saúde; V. Redimensionar o Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT); VI. Estabelecer nova modelagem da Atenção Hospitalar e Especializada; VII. Elaborar PDI para a macrorregião; VIII. Elaborar PPI da macrorregião; IX. Desenvolver mecanismos macrorregionais para integrar a regulação; e X. Fortalecer os Colegiados de Gestão Regionais (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009).

Com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde do usuário do SUS, foi instituída a primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos, que regula o acesso a 100% dos leitos de urgência dos municípios de Juazeiro e Petrolina, com sede no município de Juazeiro/BA. Financiada e coordenada por um modelo de cogestão entre os Estados de PE e BA, mantida pelo município de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, é a primeira experiência, no país, de regulação de leitos de dois estados. A realização do processo de aquisição de material/equipamento ficou a cargo das Secretarias Estaduais, enquanto os municípios ficaram responsáveis pelo suporte para a implantação do sistema, capacitações, bem como a divulgação das redes e fluxos de acesso (BAHIA-PERNAMBUCO, 2012).

Como estratégia de apoio à organização dessas redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil, em uma cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde, foi instituído o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, com o objetivo de contribuir para a gestão e qualificação do cuidado em saúde e desenvolvimento de tecnologias, através da organização das redes regionais e temáticas de atenção à saúde, a fim de somar esforços na consolidação do SUS (BRASIL, 2011b).

O subprojeto regional QualiSUS-Rede da Região Interestadual Pernambuco-Bahia, com o tema Tecnologia da Informação: Uma proposta de integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco, teve o gerenciamento pactuado entre os entes federados de forma tripartite, em que estados e municípios são responsáveis pela execução das ações e o Ministério da Saúde pelo apoio institucional (BAHIA-PERNAMBUCO, 2012).

Foram estipulados os níveis de referência para a organização da rede em: municipal, regional I, regional II, macrorregional e macrorregional interestadual (a última constituindo-se como nível de referência para Atenção de Alta Complexidade para neurocirurgia, oncologia, cirurgia cardiovascular infantil, traumatologia-ortopedia, cintilografia, angiografia, broncoscopia e unidade de cuidados intensivos para queimados). Considerando a insuficiência de leitos hospitalares do tipo geral e de terapia intensiva, os gestores estaduais negociaram o perfil dos hospitais de referência macrorregional interestadual (PEREIRA, 2017).

Em documento intitulado “Carta de Petrolina”, assinado no dia 04 de abril de 2019, conseqüente à reunião realizada na cidade de Petrolina, com participação dos Ministérios Públicos de Pernambuco, Bahia e Federal, os presentes foram

conclamados a observar as diretrizes estruturantes, discutidas e votadas, a serem adotadas pelos entes federativos integrantes da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco – Bahia (Rede PEBA) (MPPE, MPF, MPBA, 2019).

Dentre as diretrizes, destaca-se o reconhecimento e formalização da Rede PEBA, bem como da Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia (CRIE), legitimando-a como a instância colegiada responsável pela articulação, negociação e pactuação intergestores no âmbito do SUS. As diretrizes apontam a responsabilidade dos Estados da Bahia e Pernambuco no aperfeiçoamento da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), a fim de aproveitar os recursos disponíveis na Rede PEBA e prestar assistência de forma resolutiva e em tempo hábil (MPPE, MPF, MPBA, 2019).

4 MÉTODO

Este estudo se caracteriza como qualitativo, abordagem que:

Trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2009, p. 21)

A pesquisa foi desenvolvida na Região de Saúde Interestadual do Vale do São Francisco Pernambuco/Bahia, composta por 53 municípios, com cerca de 2 milhões de habitantes e mais de 800 estabelecimentos de Saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e da Macrorregião Norte da Bahia. A Rede desta região possui diversas denominações, portanto, ao longo do texto será identificada como Rede PEBA.

Os informantes-chave eram "...pessoas que, em razão do seu papel ou suas experiências, têm informação ou conhecimento pertinente que estão dispostas a compartilhar". (O'LEARY, 2019, p. 276) Considerando as perspectivas analíticas propostas, os informantes-chave foram classificados em 03 grupos: gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Ao todo, foram entrevistadas 18 pessoas, sendo 05 (cinco) gestores, 06 (seis) trabalhadores de saúde (02 enfermeiras, 02 médicos e 02 médicas, (com atuação em serviços componentes da rede interestadual), e 07 usuários que realizaram tratamento nos serviços localizados nos municípios-sede das macrorregiões de saúde, Juazeiro-BA e Petrolina-PE.

O primeiro entrevistado foi contactado considerando seu papel como referência na atenção especializada de uma das linhas de cuidado da Rede PE/BA. Os demais foram indicados pelos(as) próprios(as) participantes da pesquisa, seguindo o critério "bola de neve" (VINUTO, 2014). Os gestores, trabalhadores e usuários elencados para participação transitavam em espaços considerados estratégicos para o desenvolvimento dos objetivos propostos pela pesquisa, a saber: espaços de gestão do processo de regulação, 04 serviços da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde do contexto urbano e rural) e 02 da média e alta complexidade (Hospital Estatal e Hospital Filantrópico). Os usuários foram aqueles que estavam acessando os serviços de média e alta complexidade no momento da entrevista; no entanto, neste estudo foi considerado todo seu itinerário terapêutico.

Como instrumento de coleta do material da pesquisa foram utilizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndices C, D e E). Esta modalidade parte da elaboração de um roteiro enumerando, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador pretende abordar no campo, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2012).

Para cada grupo de informantes foi utilizado um roteiro de entrevista com aspectos específicos. Com os entrevistados no grupo dos gestores foi abordado o entendimento sobre a regionalização da saúde; o processo de criação da rede PEBA e o processo regulatório em seu contexto; o acesso dos usuários aos serviços de saúde e os possíveis motivos para a existência das filas de espera e do absenteísmo.

No grupo dos trabalhadores, além do acesso dos usuários e dos fatores associados à fila de espera e absenteísmos, pontos comuns na abordagem com os gestores, foi abordada a viabilização do projeto terapêutico construído para o usuário/paciente e a atuação profissional na dinâmica de funcionamento do serviço público. A abordagem com os usuários considerou todo o itinerário terapêutico, desde a sua experiência com o diagnóstico nos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, bem como outras experiências vividas no cuidado à saúde.

Para a identificação de cada entrevistado na análise dos questionários foi adotado um sistema: sigla formada por uma letra, representando o grupo do qual o entrevistado faz parte (G, T ou U), seguida de um número, escolhido de forma aleatória, correspondendo a cada participante, depois a letra P e um número representando a página da transcrição da entrevista em que a fala está localizada.

As entrevistas foram realizadas de modo presencial, porém, diante do cenário da pandemia da Covid-19, algumas ocorreram de modo remoto, por meio de plataformas de videoconferência, com gravação apenas de áudio. A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2020 e janeiro de 2021.

O momento das entrevistas, presenciais ou por videoconferência, foi marcado previamente em horário e/ou local convenientes aos participantes, após os devidos esclarecimentos e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). No caso de entrevistas realizadas por videoconferência, o TCLE foi disponibilizado em ambiente virtual, por meio da plataforma Google Forms.

O método utilizado para analisar os dados foi a análise de conteúdo (BARDIN, 2016), mediante o uso da análise temática, que "...indica quais são os

valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso” (BARDIN, 2016, p. 81) e procura conhecer aquilo que está por trás das palavras proferidas pelo entrevistado.

Os núcleos de sentido presentes nas entrevistas foram identificados e categorizados, como modo de organizar, realizar associações, descrever e analisar os dados (O’LEARY, 2019). A partir da categorização foram produzidas inferências, permitindo o deslocamento da descrição para a interpretação dos conteúdos das mensagens e tornando possível a interpretação e compreensão teoricamente significativa dos conteúdos da comunicação (BARDIN, 2016). As categorias que emergiram das entrevistas foram: Da potência às perspectivas futuras: a trilha da regionalização em saúde na Rede PEBA e Multifatorialidade da regulação assistencial na região da Rede PEBA.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco – FACEPE (Edital PPSUS nº10/2017, APQ-0561- 4.06/17) e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAEE: 04186917.2.0000.5208.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Da potência às perspectivas futuras: a trilha da regionalização em saúde na Rede PEBA

Além do reconhecimento da potência da regionalização no alcance da universalização do acesso, outro fator percebido por trabalhadores da Rede PEBA é a possibilidade de garantia da longitudinalidade do cuidado, diante da integração dos diversos níveis de complexidade na região.

Então isso é muitíssimo importante, acho que dentro da ótica de organização do SUS é essencial. Dentro da organização política também da nossa região é importantíssimo. Então eu acho que a potência é você poder integrar diversos níveis de complexidade dentro de um território que é próximo. E aí vai facilitar o acesso de vários municípios que estão em condições de acesso bem remoto à saúde. Então a gente ter esse nível de organização aqui como central na região do vale, para mim é uma grande potência na Rede PEBA (T.4.P3).

Um processo de regionalização em saúde efetivo é capaz de contribuir com o desenvolvimento regional, bem como na melhoria dos indicadores de saúde. Parte-se do pressuposto de que, através da organização dos serviços e das ações de saúde de forma regional, pode-se atingir a universalidade do acesso, bem como diminuir as desigualdades socioeconômicas e espaciais (VIANA, et al., 2017b).

A política de regionalização da saúde no Brasil foi incentivada a partir da falta de capacidade dos municípios de se tornarem autossuficientes no âmbito da saúde. Neste sentido, a regionalização passou a ser estabelecida, com critérios e escalonamento de níveis assistenciais, que implicariam na racionalidade e melhora da oferta assistencial. Na concepção de gestores da Rede PEBA, a racionalização dos recursos por meio da organização da capacidade de oferta é um potencial, ampliando a capacidade de atender integralmente o paciente, evitando grandes deslocamentos dos usuários na busca de resolução de suas necessidades de saúde.

Então eu entendo também como um potencial da Rede essa organização da capacidade instalada, de acordo com a escala de escopo daqui, principalmente de Juazeiro e Petrolina que fizeram

com que os pacientes fossem direcionados para cá [Juazeiro] e não pra capital (G.2.P10).

A configuração de uma Região de Saúde (RS) se realiza pelo agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir das características econômicas, sociais, culturais, bem como da existência de redes de comunicação e infraestrutura de transportes, para que o acesso seja facilitado. Neste sentido, a utilização dos serviços e a análise dos fluxos dos usuários contribuem para a organização, planejamento e execução das ações e serviços de saúde da RS (MELLO et al., 2017).

Diante da necessidade de adequar os arranjos políticos, administrativos e financeiros, o processo de regionalização acabou deixando a rotina das pessoas e a história dos lugares em segundo plano. Neste sentido, a não priorização da análise dos fluxos dos usuários, bem como a fragilidade na rede de transporte, acaba impactando de forma negativa na continuidade do cuidado ao usuário, como demonstra o trecho da entrevista a seguir:

Pro povo de Juazeiro, para os bairros periféricos, Petrolina é quase outro país. Eles não vão, né. Tem que ter uma facilidade pra isso, eles têm medo. Vários. “Ai meu Deus, pra Petrolina? Mas eu não sei andar em Petrolina, o que eu faço?”. Agora claro que, quando é uma coisa que precisa de acompanhamento, ou principalmente uma coisa em que as pessoas se assombram muito, tipo assim: câncer, né. As pessoas aprendem a se virar (T.1.P14).

Na busca de mitigar a descontinuidade do cuidado, as esferas governamentais têm organizado programas que ofertam recursos para atender às necessidades e demandas referentes à mobilidade urbana. De modo geral, os recursos são representados pela disponibilidade de veículos para transporte, como também pela oferta de bilhete eletrônico de gratuidade em transporte coletivo (BRANDT, 2019).

Até 2017, a execução do Transporte Sanitário Eletivo era realizada mediante disponibilidade de recursos e intenção dos entes municipais e estaduais, ou através do programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que surgiu como uma das alternativas para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, diante da ausência de disponibilidade de recursos terapêuticos no município de residência (BRANDT, 2019; BRASIL, 2017a). Enquanto política pública, com garantia de financiamento, o TFD, em muitas situações, é a única possibilidade de acesso ao

tratamento adequado. E, diante de suas necessidades atendidas, na ótica dos usuários, a distância pode não ser vista como dificuldade.

E depois que eu fiz a cirurgia eu fiquei com a sonda, aí eu fiquei em casa de apoio, a casa de apoio de Petrolina em Recife. Nós ficamos na casa de apoio depois que eu saí do hospital porque eu tive de aguardar 12 dias para retirar a sonda. E vim também com o cateter de urina, né, não foi retirada em Recife, mas foi retirada aqui em Petrolina. Aí eu acho assim, foi tudo muito organizado com relação; eu não tive dificuldade não. Não achei (U.2.P6).

Em outros casos, diante da oferta de tratamento em outro município na região de saúde, a necessidade de deslocamento do usuário permanece. No entanto, pela ausência de um transporte sanitário, quando é possível, o usuário busca, por conta própria, formas de garantir seu deslocamento, ou através de alternativas com o apoio da família e/ou amigos. “Ela disse: “Vou pra Santa Cruz, se a senhora quiser ir comigo”, “Eu vou, porque não tenho dinheiro, vou nesse instante”. Aí eu fui, passei no médico, fui direto, cheguei lá acho que era umas 11h (U.3.P02).”

Na ausência do usuário dispor de meios próprios ou alternativas, ele recorre à oferta disponível. Apesar da publicação da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 13, em 23 de fevereiro de 2017, que versa sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS, com previsão de recursos, ainda não há oferta de tal serviço de forma estruturada nos municípios (BRASIL, 2017a).

Às vezes é um paciente que precisa fazer hormonioterapia ou quimioterapia, que a gente poderia receber, mas os municípios [...] mandam para Recife e Salvador porque já tem ônibus, então a logística está mais fácil mesmo a distância sendo maior. E alguns outros precisam ficar em casa de apoio, por exemplo. A maioria dos Municípios não têm casas de apoio em Juazeiro e Petrolina. As casas de apoio é [sic] Recife e Salvador. Então o paciente deixa de ser tratado perto da sua casa, vai para um município mais distante porque a própria logística do município favorece a capital (T.2.P9).

Como é possível identificar na fala do trabalhador, a oferta do TFD é realizada sem considerar as necessidades do usuário, por ser a única alternativa de transporte disponível. Barbosa Nemer et al. (2020) analisou a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde ofertadas pelo TFD e identificou o impacto emocional, não só pela notícia da doença, mas pela necessidade de ajustes nas responsabilidades e relações devido ao afastamento do usuário do seu papel social

e familiar, além da necessidade de se adaptar à nova rotina trazida pelo seu diagnóstico e cuidado com de saúde.

Considerando a manutenção da autonomia no modo de conduzir sua vida, as necessidades dos usuários vão além da disponibilidade de serviços, elas são expressas na condição de vida. Neste sentido, a distância pode ser entendida como barreira na busca do tratamento adequado.

Tem muitos pacientes que a gente recomenda ir e não vão. A gente diz “ó você precisa de radioterapia, vou te fazer via TFD, isso tudinho”. Aí o paciente “não doutor, eu não quero. Eu quero ficar só por aqui, não quero ir pra Recife, não quero ir pra Salvador. É longe da minha família. Ficar na casa de apoio com muita gente. Não. Eu prefiro continuar aqui e assumo a responsabilidade do meu tratamento ser incompleto”, digamos. Mas existe muita recusa do paciente ir pra Recife e Salvador (T.2.P15).

Entendendo que o que define a urgência ou tempestividade de resposta, a gravidade e a complexidade das ações e serviços de saúde a serem ofertados são as necessidades do usuário, exige-se uma visão integrada dos níveis de atenção, que não seja apenas voltada ao modelo de complexidade, mas, sim, coordenada e regulada de modo a construir um sistema que desempenhe assistência integral ao indivíduo e às coletividades (VIANA et al., 2018).

Fica assim evidente a necessidade do processo de regionalização ser conduzido de modo a dispor de oferta de ações e serviços, de acordo com os níveis de tecnologias necessários para a garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado. Bem como de sistemas de apoio logístico e de governança da rede capazes de operacionalizar as pactuações e cooperações entre entes.

A regionalização em saúde é um grande desafio no âmbito do SUS, não sendo diferente na região do Vale do Médio São Francisco, não só pela necessidade de descentralização das hierarquias de serviços, mas também pela organização de rede com entes federados que possuem porte populacional e diferenças na oferta de infraestrutura de bens e serviços. Acrescido aos dilemas e conflitos referentes à interferência da autonomia fiscal e de gestão.

O projeto de implementação da Rede PEBA elencou dez objetivos que deveriam ser atingidos, entre eles a definição de instância de cogestão da Macrorregião Interestadual. Em 2010, foi instituída a CRIE, um espaço legítimo para articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo, onde seriam identificadas e definidas as prioridades de pactuações para a

organização da Rede Interestadual. A composição da CRIE prevê representação do Ministério da Saúde, dos dois Estados e dos municípios das macrorregiões de cada um dos Estados, bem como da Universidade, como forma de qualificar as pactuações. No entanto, a CRIE não conseguiu desempenhar integralmente seu objetivo.

Então tudo que viria a alterar nessa pactuação de lá pra cá, deveria ser pactuada dentro desse colegiado. Mas nem sempre tem sido assim. Porque passaram uns 2, 3 anos sem ter reunião, sem o colegiado efetivamente se reunir e realmente fazer as deliberações (G.3.P10).

O enfraquecimento da governança da CRIE também foi identificado no Relatório da Pesquisa Regiões e Redes, apontando que, no período de 2014 a 2015, foram realizados apenas dois encontros. Destes, no último não houve participação dos Secretários de Saúde Estaduais. Tratando-se de uma rede interestadual, a ausência desses atores fragiliza a gestão da rede, comprometendo sua operacionalização (VIANA, et al., 2017c).

Na elaboração do diagnóstico de saúde, discutido no I Fórum Macrorregional, em abril de 2009, em Juazeiro, foram identificados os principais problemas da região. Na ocasião, a configuração distinta do modelo de gestão dos estados de Pernambuco e Bahia não foi apontada como dificuldade.

No entanto, o processo de descentralização da gestão e do financiamento do SUS, iniciado na década de 1990, em que a União, principal formuladora e financiadora da política pública de saúde, passou a realizar transferências de competências e recursos para os entes municipais e estaduais, foi desacompanhado da prática de mecanismos de cooperação, ficando a cargo dos governos estaduais e municipais a disputa pelos recursos e a administração dos serviços de saúde. É possível conhecer como ocorreu a condução de cada um dos estados que compõem a Rede PE/BA através da fala do entrevistado representante da gestão, G.5.

Pernambuco é um estado que é regionalista. Ele preparou, a vida inteira, não é só de agora não... ele dividiu as suas regiões de saúde e disse, "Em todas as minhas regiões de saúde eu vou ter tudo. Vou ter um grande hospital que vai fazer parto, vai fazer ortopedia, que vai ter hemodiálise, que vai ter UTI", com o recurso de quem? Do tesouro do estado. A Bahia é municipalista. O que ela faz com o recurso que recebe? Distribui para todo mundo. O pouquinho pra cada não dá nada. Eu peguei todo o meu recurso que podia juntar numa região de saúde num hospital, eu não vou poder fazer porque distribui para 9 (G.5.P8).

Para Sancho et al. (2017), a configuração de um governo municipalizado o faz enfrentar grandes desafios para atender aos objetivos do SUS, considerando as diversidades e desigualdades existentes nos municípios da federação brasileira. Neste sentido, a regionalização da saúde é necessária para acarretar uma maior eficiência na oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, redução de custos sociais e/ou operacionais. A cooperação entre os entes se dá através de fluxos de informações e de recursos financeiros e econômicos, que resultam em pactuações celebradas de modo formal e/ou informal, até mesmo incompletas, neste último caso tornando menos eficientes os resultados.

A disparidade dos modelos de gestão adotados pelos dois Estados requer a institucionalização de instrumentos que norteiem a cooperação interestadual. No entanto, os instrumentos institucionais de gestão disponíveis nas normativas e regulamentações do SUS não preveem o fluxo de recursos financeiros e econômicos entre entes municipais de Estados distintos, nem entre entes estaduais.

Neste sentido, a elaboração e implantação de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) regionalizado, bem como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) tornam esses objetivos primordiais para o alcance da eficiência da regionalização na Rede PEBA, que hoje é limitada à redução dos custos sociais e operacionais, através de modelos de governança que melhoram o acesso à saúde da população. O trecho da entrevista com um gestor apresenta este cenário complexo que a realidade regulatória do SUS ainda não comporta.

Dessa forma cada uma ficava dando a sua contribuição dentro da rede, organizando o fluxo, mas sem ter repasse de dinheiro. Que aí no serviço público não pode, quando a gente pensa em pactuação na PPI (Programação Pactuada Integrada), o Ministério só pensou dentro do mesmo estado, não pensou em passar de um estado para outro. É o que a gente tá tentando agora com a Rede PEBA, criar essa pactuação integrada interestadual, onde o Ministério distribui esse dinheiro de forma interestadual e a gente pudesse fazer a troca de recurso (G.3.P14).

A ausência de instrumentos institucionais também impacta negativamente no processo de cooperação, na conciliação das ações e serviços de saúde entre os entes; e, diante da existência de conflito de interesses, acentua as incertezas entre os entes, limitando a racionalidade. Além disso, a incompletude de contratos aumenta o oportunismo decorrente da falha no processo de contratualização.

Na economia, a teoria dos custos de transação aponta que o oportunismo não decorre só da busca do autointeresses pelos envolvidos, mas também da apropriação dos benefícios associados à transação (SANCHO et al., 2017). Entendendo a regionalização como uma transação, diante da fragilidade dos instrumentos e mecanismos de cooperação entre os entes, o oportunismo tem efeito negativo na manutenção das pactuações.

E assim, meu olhar é muito crítico em relação. Porque a rede PEBA ela foi feita originalmente para quê, para que os serviços tivessem um tempo para se ajustar lá em sua cidade com aspas, muitas aspas, voltar ao normal. E não acontece, já tem quantos anos, 12? Foi em 2009. Já tem 11 anos. E ninguém arruma a casa né, tá sempre assim Petrolina e Juazeiro. Então acaba que aqui fica extremamente sobrecarregado (T.6.P3).

Diante do cenário de dificuldades relatadas, o fortalecimento da CRIE para a instituição de instrumentos de organização, planejamento e financiamento das ações e serviços de saúde na Rede PEBA é imprescindível, para minimizar os impactos negativos do oportunismo, garantindo que cada ente cumpra as responsabilidades pactuadas.

Em contrapartida, é possível constatar que o fortalecimento da Atenção Básica (AB), objetivo também proposto no Projeto de Implementação da Rede Interestadual do Vale do Médio São Francisco, diante do seu papel fundamental na organização das redes de atenção, apresentou avanços. Ainda que não exista um fluxo intermunicipal neste nível de atenção, a AB é responsável pela coordenação do cuidado do usuário na rede, encaminhando-o para os demais níveis. O relato que se segue apresenta o impacto do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Rede PEBA.

O que mais chamou atenção, no primeiro momento de implantação da Rede PEBA, é que nós tínhamos uma taxa de internação hospitalar altíssima por causa de condições sensíveis à Atenção Básica. Era [sic] impressionante os nossos números. E com dois anos de implantação dessa rede chegou a quase zero esse tipo de internação. Porque nesse trabalho que eu falei lá atrás, que a gente fez um estudo, a gente trabalhou no fortalecimento das ESF para evitar esse tipo de internação e a gente teve um grande resultado positivo em relação a isso (G.5.P12).

Na perspectiva do gestor entrevistado, a AB cumpriu o papel esperado. Diante de sua resolutividade, o fortalecimento da AB passou a garantir acesso e coordenação do cuidado, conseqüentemente diminuiu a sobrecarga nos níveis de

média e alta complexidade, evitando, assim, o deslocamento desnecessário dos usuários para diversos pontos da Rede, bem como outros municípios.

Na perspectiva de ampliação do acesso de modo geral, na compreensão dos trabalhadores, houve de fato um avanço da oferta na rede PEBA: “Então a gente tem hoje uma facilidade maior de acesso. Eu lembro que 8 anos atrás não era essa realidade (T.4.P4)”. No que diz respeito à reorganização do modelo de Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial, outro objetivo elencado, também foram apontados avanços.

Mas de fato a gente viu, logo no início, que uma boa parte da população que teria de ser direcionada à Salvador e Recife, os grandes centros, hoje não vai. E cada vez mais a gente vai vendo isso, os serviços de média e alta complexidade principalmente a gente vai vendo que houve um fortalecimento na rede (G.1.P11).

No âmbito do redimensionamento dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADTs), não foi possível perceber o mesmo avanço dos demais objetivos relacionados à oferta de ações e serviços. A ausência de SADT tem implicações na criação de barreiras de acesso, como identificado na fala de trabalhadores: “E aí em relação ao diagnóstico, boa parte dos pacientes que chegam pra gente no serviço público, é porque eles bancaram seu diagnóstico (T.2.P2).”

Na Assistência Oncológica, foi prevista a implementação de uma Sub-Rede Regionalizada de Atenção ao Câncer; no entanto, também foram apontadas barreiras de acesso aos exames diagnósticos, como a biópsia, um dos principais exames para definição de conduta clínica, em que o tempo é determinante no prognóstico do paciente.

É uma dificuldade da região, a questão dos exames. Muito difícil, principalmente se for da parte da Bahia. São exames que você pede com urgência, e vai ser feito 3-6 meses depois. Então, eu não sei como que eles conseguem fazer pra ter o diagnóstico, mas a grande maioria que a gente percebe, as biópsias são privadas (T.3.P2).

Além da escassez no apoio diagnóstico, os serviços terapêuticos em alguns casos são ausentes na Rede PEBA.

Não tem radioterapia. Então a gente ainda é carente dessa modalidade de tratamento. Geralmente, quem está em tratamento oncológico vai envolver essas três coisas [cirurgia, quimioterapia e radioterapia] (T.2.P1).

Diante da fala do trabalhador, fica evidente que o objetivo do redirecionamento dos SADTs, bem como a implementação das linhas de Cuidado de

Atenção priorizadas no Pacto pela Saúde na região interestadual não foi integralmente alcançada.

Em contrapartida, como fruto do fortalecimento dos Colegiados Regionais de Gestão, especificamente da CRIE, em agosto de 2011, foi instituído um mecanismo para integração da Regulação na Região de Saúde, através da implantação da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), superando a dificuldade de produzir entendimentos e pactuações em um cenário de inexistência de instrumentos e processos jurídico-normativos.

A CRIL, além de observatório da rede, tornou-se um elemento fundamental para o acesso e reordenação da atenção nos casos de urgência e emergência. Ainda que tenha sido um grande avanço na cooperação interestadual, bem como haja compreensão, por parte dos gestores, de que o processo regulatório vai além da regulação de leitos de internamento de urgência, a CRIL apresenta limitações, não sendo capaz de dar conta da estruturação total de uma rede assistencial que atenda às necessidades de saúde da região.

Porque nós [CRIL] somos uma unidade que regula leitos de internamento de urgência. Nada de ambulatorial, nada de eletivo, digamos, uma cirurgia de hérnia, que é uma cirurgia eletiva e não passa por nós. Ai já seriam outras instituições. A gente tem acesso apenas a internação de urgência (G.1.P16).

Além de limitada à regulação de leitos de internamento de urgência, não sendo consideradas as internações eletivas, bem como toda a rede ambulatorial, é possível identificar, na fala de gestores, que cada Estado tem, por meio da Regulação Assistencial, a sua forma de operacionalização e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). “A regulação ambulatorial, que em Pernambuco cada Região tem uma central de regulação ambulatorial, na Bahia essa regulação é no próprio município, não tem uma regulação do estado (G.2.P16)”.

5.2 Regulação Assistencial em Saúde: Avanços e desafios da Multifatorialidade na Região da Rede PEBA

A regulação assistencial, integrante da estrutura logística da Rede de Atenção à Saúde, em seu aspecto normativo, tem sua ação na relação entre a demanda dos usuários por serviços de saúde, que atendam suas necessidades na manutenção de suas vidas e a efetiva prestação de serviços oferecidos pela rede pública de saúde.

Como mecanismo de comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS, tem papel fundamental na promoção da integralidade, por meio de fluxos assistenciais, processos e protocolos. Para o desenvolvimento da ação regulatória, diversos atores sociais participam - entes federados, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores e usuários.

O funcionamento fragmentado das RASs, a inexistência de fluxos organizados entre os níveis de atenção à saúde, bem como a ausência de mecanismos, como prontuários eletrônicos integrados, que permitem a comunicação interprofissional qualificando a referência e contrarreferência do usuário na rede, são evidenciados não só por autores como Bousquat et al. (2017), mas também na fala do trabalhador da rede PEBA, que reconhece que, na prática, não há uma regulação assistencial que cumpra seu papel de organização da rede.

Não existe regulação. Existe uma central de marcação. Tem o pessoal aí, mas regulação não existe, o que existe hoje é uma central de marcação, não que todos são marcados, mas não se regula como deve ser (T.5.P7).

O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) descreveu e comparou indicadores de 17 Regiões de Saúde (RS), classificando-as em tipologia constituída através de análise fatorial e de clusters, incluindo as dimensões desenvolvimento econômico, desenvolvimento humano e complexidade do sistema de saúde. A RS de Juazeiro apresentou baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde. Já a RS de Petrolina foi considerada como de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de (PAVÃO et al., 2015).

A análise evidenciou que, não obstante os avanços na disponibilidade de serviços com a implantação da rede PEBA, ainda há uma baixa oferta de serviços de saúde que atendam às necessidades dos usuários em sua integralidade. A baixa, ou inexistente oferta não é só constatada em estudos, mas sobretudo na vivência de usuários entrevistados que buscaram o serviço.

Então esses exames não faziam pelo município(...) Eu paguei a cintilografia óssea, que é a do corpo todo; e paguei duas tomografias, uma do tórax e outra do abdome. Foi tudo pago! (U.1.P13)

Além da baixa e/ou ausência de oferta, outros fatores interferem na garantia do acesso aos serviços de saúde. No âmbito da regulação assistencial, os acessos ocorrem por meio de processos regulatórios. Contudo, alguns fatores, como:

fragilidade no planejamento da oferta, baixa qualidade nos encaminhamentos realizados, não absorção de profissionais qualificados, fragilidade na relação com o setor complementar, entre outros, dificultam o acesso oportuno dos cidadãos, favorecendo as filas de espera.

Os parâmetros assistenciais no SUS, historicamente, tiveram um caráter normativo, que, em princípio, não consideravam as evidências científicas para o cálculo das necessidades de saúde da população, e, sim, as séries históricas da produção. Em 2015, o Ministério da Saúde atualizou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, buscando definir aproximações de ofertas que levassem em consideração as necessidades de saúde da população, independente da série histórica da oferta de serviços, das restrições financeiras, ou outros condicionantes (BRASIL, 2015).

Apesar de existirem normativas que possibilitam o planejamento e a programação da disponibilidade de ações e serviços de saúde, é possível identificar, na fala de gestores, a percepção de como o descompasso na programação da oferta e a necessidade da população impactam na fila de espera.

Mas na verdade o prestador contratualizado tem que cumprir as metas na oferta de consultas, e termina ofertando as vezes uma especialidade que não é o que a região necessita (G.4.P7).

Em sua dissertação, Silva (2018) buscou compreender a relação entre gestores públicos e prestadores do sistema privado complementar, destacando o processo de descentralização e regionalização do SUS, analisando o resultado da organização das políticas de saúde, o comportamento dos atores sociais e políticos diante da influência das matrizes institucionais, e das práticas clientelistas vigentes nestes espaços. Concluiu que a relação público-privada na região estudada, no âmbito da Média Complexidade, constituía uma arena de conflitos e interesses que envolviam questões como financiamento, contratos, demanda, relação de profissionais, gestores, prestadores e usuários, relacionados à macro e micropolítica, determinada por processos de gestão municipal e regional. Com a presença de forte influência dos prestadores privados sobre os gestores públicos.

Tal realidade também é identificada na região da Rede PEBA: na fala do gestor fica evidente não só a divergência entre a oferta e a demanda, bem como uma fragilidade na forma de contratualização. No primeiro caso, fazendo com que a região possua oferta de especialidades com perdas primárias, ou seja, há uma

oferta maior que a demanda, enquanto em outras especialidades há filas com tempo de espera elevados. No segundo caso, a fragilidade na forma de contratualização, considerando o fato de que o prestador tem por competência contratual o alcance de meta do quantitativo de vagas ofertadas, sem estar necessariamente atrelada à demanda existente.

Outro aspecto que aponta para a fragilidade na relação entre o setor público e privado se refere à seletividade dos prestadores em ofertar o que é conveniente a seus interesses. E, diante de um modelo econômico neoliberal adotado pelo Estado brasileiro, que minimiza os investimentos nas políticas públicas e valoriza as iniciativas privadas, as programações são, por vezes, baseadas nas ofertas existentes e não nas necessidades de saúde da população.

Por exemplo, exames de imagem, a gente tava com um prestador que ofertava Ressonância e Densitometria Óssea e ele disse que não tem mais interesse de ofertar pro SUS aqui na região (G.4.P8).

Outra questão levantada diz respeito à disponibilidade de profissionais qualificados. “Agora o médico precisa melhorar muito, viu. A gente chama de médico “au au”. Paciente chegou lá, “é ao neuro, ao cardio, ao uro, ao nada... (G.5.P2)”. O déficit de quantitativo e qualificações de algumas categorias, bem como a desigualdade na distribuição territorial dos profissionais de saúde constitui um problema histórico.

Rocha et al. (2020), em estudo para compreender e identificar os aspectos educacionais determinantes para a fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas, aponta que um fator importante para atingir esse objetivo, em áreas urbanas e rurais, é o vínculo do profissional com a região, caracterizado não somente pela naturalidade, mas também pelo tempo de residência na localidade.

A oferta de graduações e especializações na região constitui um dos fatores importantes para a fixação de profissionais. A criação, em 2002, da Universidade Federal do Vale do São Francisco, uma das primeiras Universidades Federal a ter sede no interior do Nordeste, foi de suma importância para o fortalecimento da Rede PEBA. Além do Curso de Medicina, oferecido desde a inauguração da UNIVASF, em 2010, foram criados os programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica e Cirurgia Geral.

Neste sentido, a ausência de algumas especialidades não é apontada pelos gestores como um fator que pode criar dificuldades, e, sim, como uma resistência

dos profissionais em exercer suas funções no SUS, tendo como solução a concessão de benefícios, a exemplo da negociação de carga horária de trabalho, para garantia do acesso ao serviço pela população.

Neuro teve uma época que não ofertava nada, porque nenhum neuro aqui quer e bota a maior dificuldade pra trabalhar no SUS. Mas aí ela conseguiu um neuro para vir de Recife, pra atender quinzenalmente. Foi aí que conseguiu e tem um outro de Juazeiro também (G.4.P25).

Na percepção dos trabalhadores, a baixa oferta também não é devida apenas à ausência de profissionais especializados na região. No entanto, é possível identificar outros motivos da não adesão dos profissionais ao SUS, relacionados ao processo de trabalho e à estrutura dos serviços de saúde.

Nós temos um único cirurgião oncológico no SUS para uma população de 2 milhões de habitantes. Aí você diz: “mas é porque não tem cirurgiões oncológicos”. Tem, lógico que tem. Têm outros cirurgiões oncológicos. Só que os serviços não aumentaram suas capacidades de funcionar para absorver essas pessoas que estão no mercado, e nem para dar fluxo a uma fila que existe (T.2.P2).

Ainda no âmbito dos fatores associados à fila de espera, na percepção dos trabalhadores, a insuficiente qualificação da gestão da clínica e da capacidade de coordenação do cuidado, por parte dos profissionais que estão atuando no nível da atenção primária, tem impacto negativo na qualidade dos encaminhamentos ao nível secundário, conseqüentemente no aumento das filas de espera.

Agora, outro aspecto da fila de espera é o encaminhamento desnecessário, que é também um aspecto bem importante. Você vê que a maior parte dos trabalhadores que estão atuando hoje na atenção primária não tem qualificação suficiente para tal, não fazem uma consulta como deve ser feita. Então há um encaminhamento desnecessário enorme no município (T.1.P.6).

Em estudo para analisar os encaminhamentos oriundos da atenção primária, realizado na Central de Regulação do município de Mombaça-CE, Marques (2019) identificou um número considerável de encaminhamentos para a média complexidade, tanto para consultas como para exames especializados. No entanto, ao comparar o número de atendimentos realizados no âmbito da APS, no mesmo período, foi possível observar que o volume não era o maior entrave, mas, sim, o tempo inoportuno para o agendamento e as descrições das justificativas clínicas e hipóteses diagnósticas.

Vieira, Lima e Gazzinelli (2015), em estudo para analisar o tempo médio de espera pela primeira consulta com médico especialista, verificaram que o tempo era menor quando os pacientes apresentavam os formulários de encaminhamento com preenchimento completo em relação à justificativa clínica, em comparação aos pacientes cujos formulários tinham justificativa parcialmente preenchida.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é de suma importância o planejamento e organização da agenda, sendo necessária uma avaliação constante dos agendamentos, pois, quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver seus problemas e maiores as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (BRASIL, 2013).

A gente fez aqui no município de Juazeiro em 2015 / 2014 (...) E aí começamos a ligar, quase nenhum paciente tinha vindo a óbito. "Seu paciente, por que é que você não veio?"... "Ahhh, porque eu estava sentindo isso, o médico passou esse tanto de exame que eu não precisava, aí nem fui"... "Ah, porque demorou muito eu vendi meu carro, minha casa e fui fazer outro exame". Então são situações compartilhadas da necessidade que não existia e da demora em ofertar serviços. E essa demora em ofertar serviços é muitas vezes desse inchaço que não tinha necessidade (G.3.P35).

A fala evidencia a percepção de gestores de que encaminhamentos fora da necessidade clínica do usuário, associados ao tempo de espera e à urgência necessária para a realização do procedimento/consulta são fatores determinantes na relação fila de espera x absenteísmo. Este é um ponto comum quando observamos a análise de trabalhadores baseada em sua vivência:

Quando eu era residente eu rodava nos serviços com alguns especialistas, e eu ficava chocada. Eu ia lá acompanhar um ginecologista e tinha lá 3 pessoas agendadas para ela. E eu na minha unidade não conseguia marcar consulta com ginecologista, né. Então... tinham 3 pessoas agendadas que estavam lá presentes, outras que estavam agendadas e não foram, por que não foram? Porque as vezes não conseguiam chegar àquela informação a tempo para aquelas pessoas que tinham consulta naquele dia. Ou então, as vezes demora tanto para conseguir marcar aquela consulta, que quando chega a pessoa já buscou outras formas de tentar resolver aquilo (T.1.P4).

O planejamento e a programação dos serviços de saúde, além da atenção ao usuário na busca da resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos, têm por finalidade a economia de escala. Neste sentido, quando ocorre o absenteísmo, além da oportunidade perdida de garantir assistência a outro usuário que dela necessitava, há um prejuízo financeiro, bem como um comprometimento da visão do

serviço frente à sociedade, constituindo, assim, um grande custo social. A ociosidade de recursos disponíveis é um desperdício que acarreta impactos negativos na formação das filas de espera.

Neste sentido, além da qualidade assistencial, a organização dos fluxos assistenciais e dispositivos regulatórios capazes de interagir de melhor forma com os usuários; bem como a instrumentalização dos profissionais a respeito da disposição das RASs, com a construção coletiva de protocolos locais; a criação de linhas e/ou espaços institucionais de comunicação direta entre APS, a atenção especializada e a central de regulação também são fundamentais para a racionalização da oferta existente.

A gente tem um grupo de WhatsApp dos médicos do município e pode ter certeza que se eu abrir aqui vai ter alguém perguntando “ah eu tô com paciente tal para onde é que eu mando?”. Porque fica perdido no fluxo assim, é uma coisa que ninguém compreende, e toda hora muda também, então a gente nunca sabe (T.5.P2).

A importância da consolidação de um modelo de atenção à saúde que tenha a atenção básica como coordenadora do cuidado, com capacidade de articular os diferentes pontos da RAS, garantindo a integralidade do cuidado do usuário, é um consenso na Rede PEBA, assim como de investimentos e estratégias de qualificação da assistência - imprescindíveis para o fortalecimento da gestão da clínica e da rede, com tomadas de decisões baseadas nas necessidades do cidadão – e da gestão do SUS.

A fragilidade na qualificação é apontada não só no âmbito do profissional da assistência, mas também da gestão do sistema de saúde. Na visão de gestores, torna-se um desafio conduzir o processo de planejamento e discussão da RAS em âmbito Interestadual diante da qualificação, bem como da rotatividade dos gestores da saúde.

Qualificação de gestores, e a gente vê que esse próximo ano mais de 50% dos gestores da Rede PEBA vão mudar então é um desafio muito grande pra gente que vai começar tudo de novo. São novos gestores, novos secretários de saúde, novos gestores de hospitais. Isso é bom e ruim (G.2.P11).

Diante da fragilidade da efetivação da regionalização e da necessidade de fortalecimento de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, o Ministério da Saúde, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento

Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), vem realizando investimentos em estratégias de qualificação da gestão do SUS.

São 3 regionais que são polo da Bahia. E tem as 3 regionais de Pernambuco que são Salgueiro, Ouricuri e Petrolina. A gente ainda está encaminhando, mas na medida do possível isso tem acontecido para que esses municípios resolvem os problemas dos municípios que são do seu entorno. Senhor do Bonfim por exemplo tem 9 municípios que são dependentes dele, então e muito mais efetivo que senhor do Bonfim esteja fortalecido para que esses pacientes não precisem vir para cá. Então a nossa luta tem sido essa. Inclusive no plano que tem sido construído pelo HAOC (Hospital Alemão Oswaldo Cruz) [PROADI-SUS], é fortalecer essas regiões para que elas não fiquem dependentes e superlotando os grandes municípios polos ou as capitais (G.3.P5).

A parceria do Ministério da Saúde com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que desde 2009 desenvolve projetos inseridos no âmbito PROADI-SUS, constitui um modo de articulação da relação pública e privada nas políticas de saúde no Brasil. A instituição de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional prevê, além da oferta da saúde, ações voltadas à pesquisa, capacitação dos profissionais e gestão em serviços de saúde (BORYSOW et al., 2021).

Além da análise dos investimentos para o fortalecimento da governança na Rede PEBA por meio de processos de qualificação, é possível observar que a relação público-privado transcende a complementariedade da oferta de ações e serviços para a organização e estruturação das políticas de saúde. Santos (2021) analisou os triênios 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017 do PROADI-SUS e constatou a realização de 407 projetos, no valor de R\$ 3.377.444.187,62, com aumentos reais dos recursos investidos no programa, com variação anual de 40% e 42% para o segundo e terceiros triênios.

Além da fragilidade no monitoramento e avaliação do programa com falta de transparência, dificuldades no alinhamento das diretrizes do SUS e dos projetos foram notificados. No que diz respeito às instituições privadas participantes, além da isenção concedida, os dados indicam benefício direto. Cabe ressaltar que os hospitais partícipes do Programa, todos de grande porte, concentram parte significativa do capital privado do setor da saúde. No entanto, Santos (2021) pontua que, diante da falta de financiamento da política de saúde e do cenário de austeridade, os recursos são significativos, além do programa ser visto como uma

forma de superar a burocracia estatal. Na fala de gestores é possível identificar que o projeto fortalece a crença no êxito do processo de regionalização na Rede PEBA.

Sim, foi aprovado na CRIE (Projeto do PROADI-SUS) e foi mandado pro Ministério e vai pra outras instâncias de cada estado. Ele tá sendo conduzido pelos dois COSEMS dos dois estados, é quem tão junto com a HUOC à frente do projeto. Então a gente tá bem esperançoso que vai andar (G.3.P20).

Nos últimos anos, o MS, junto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, pactuaram, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, as Resoluções nº 23/2017, nº 37/2018 e nº 44/2019, que estabelecem diretrizes e critérios para a regionalização e definem que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado (PRI). Além disto, o MS também assume o papel de indutor das articulações entre os entes federados, nas discussões interestaduais (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017b).

Visando a organização da RAS, a equidade regional e a concretização do planejamento ascendente do SUS, o PRI é parte do processo a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, sendo o Plano Regional o produto resultante das pactuações entre os entes federados, com a participação do MS. E o Plano Regional deverá servir como base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde (BRASIL, 2018b).

Apesar do PRI não aparecer nos resultados desta pesquisa, a necessidade de arranjos organizacionais, construídos de forma coletiva, envolvendo todos os atores no processo de formulação e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, são reconhecidos como de suma importância para superar as barreiras para a coordenação do cuidado e a integralidade em saúde. Cria-se, assim, a expectativa de que o PRI consiga consolidar a regionalização da saúde no SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de regionalização da Rede Pernambuco/Bahia surgiu a partir da necessidade de formalização de um fluxo assistencial já existente, criado para garantir o direito à saúde dos usuários dos dois Estados, especificamente da Região de Juazeiro e Petrolina. No entanto, na percepção dos gestores, a organização da Rede de Atenção à Saúde nesta região se baseou nas normativas e arcabouços legais vigentes, que não garantiam o desenvolvimento pleno de uma Região Interestadual. Diante da compreensão dos trabalhadores e gestores, a Rede PEBA foi constituída a partir de linhas de atenção à saúde, que se conformaram em Redes fragmentadas, tendo a Central de Regulação Interestadual de Leitos como dispositivo regulatório de sustentação da Rede Interestadual, não alcançando todos os objetivos inicialmente propostos.

No âmbito da Regulação Assistencial são reconhecidos avanços em relação à disponibilidade de ações e serviços de saúde, ainda que não garantam a integralidade do cuidado. A análise sobre as filas de espera e os resultados da associação de oferta-produção-fila de espera na região da rede PEBA atinge um consenso na percepção multifatorial. Uma percepção em que a qualificação da gestão da clínica, do processo de encaminhamento e a necessidade de organização e comunicação na Rede são imprescindíveis para garantir um acesso oportuno. A ausência deste acesso tem efeitos diretos no absenteísmo e certamente impacta no aumento das filas, exigindo, assim, uma abordagem multifatorial e sistêmica para a organização do processo regulatório.

O período pandêmico e a troca da gestão municipal podem ser apontados como limitadores no acesso a atores-chave no processo de regionalização da Rede PEBA. No entanto, o conhecimento e a análise dos participantes foram suficientes para a compreensão do objeto de estudo e a proposição de melhorias na constituição de redes regionalizadas no âmbito do SUS.

Na perspectiva propositiva, identifica-se como primordial a institucionalização de instrumentos legais de gestão que garantam a cooperação e diminuam a possibilidade de oportunismo, em decorrência da qualificação e consolidação dos componentes da Rede. O fortalecimento dos ambientes institucionais de

governança, com a participação de todos os atores envolvidos, agentes públicos ou privados, acrescido dos usuários e prestadores, que atualmente não compõem as instâncias colegiadas, é imprescindível na construção de uma cooperação entre entes, com o estabelecimento de arranjos necessários para a estruturação de uma Rede PEBA que atenda às necessidades da população, aos princípios do SUS e garanta a efetivação do direito à saúde e das políticas públicas.

Diante da complexidade da instituição de um processo de regionalização e de uma Rede Interestadual de Saúde que consigam estruturar um modelo de atenção baseado nas necessidades sociais em contexto inter-regional, são necessários estudos mais aprofundados, com abordagem multidimensional, que possibilitem analisar as dimensões política, estrutural e organizacional da região do Vale do Médio São Francisco. Além da análise dessas três dimensões, tais estudos poderiam identificar o grau de influência de cada uma no processo de regionalização, a fim de impulsionar a construção de modelos de gestão, regulação e atenção à saúde que concretizem os objetivos da Rede PEBA.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, S.L.V.U. et al. *Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores*. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013.

AZEVEDO, G.A.; GONÇALVES, N.S.; SANTOS, D.C. *A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde*. **Revista de Administração em Saúde (On-line)**, São Paulo, v. 18, n. 70, jan. – mar. 2018. Acesso em: 23 abril 2022. Disponível em <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/91>>

BADUY, R.S. et al. *A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BAHIA. PERNAMBUCO. Secretarias Estaduais de Saúde. **Tecnologia da informação: uma proposta de integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco**. Juazeiro; Petrolina: 2012. Acesso em: 23 abril 2022. Disponível em <SubprojetoQualisusBAePEweb.pdf (www.gov.br)>

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B; NAJBERG, E. *Regulação em saúde: desafios à governança do SUS*. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 49-54, 2016.

BARBOSA, D.S.J. **A regulação assistencial e a integração da Rede de Atenção à Saúde no SUS: entre oportunidades e constrangimentos**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2019. 185 p.

BARBOSA NEMER, C.R. et al. *Programa de tratamento fora de domicílio: análise à luz da integralidade*. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 44-48, 2020. Acesso em: 01 de fevereiro de 2022. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3092/769>>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELGA, S.M..M.F.; JORGE, A.O; SILVA, K.L. *Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde*. **Saúde em Debate**, v.46, n. 133, p. 551-570, 2022. Acesso em: 8 de abril de 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>>

BORYSOW, I.C, et al. *Avaliação de portfólio: a experiência do HAOC no Proadi-SUS*. **Revista Brasileira de Avaliação**, v.10, n. 2, p. e101921, 2021. Acesso em: 23 de abril de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/rbaval202110019>>

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

BRANDT, D. B. *Transporte sanitário eletivo: a (i)mobilidade urbana das pessoas com deficiências e/ou doenças crônicas no Rio de Janeiro*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16. **Anais...** Rio de Janeiro, 2019. n.1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008** que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008** que constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde

Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro - BA e de Petrolina - PE. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.453, de 30 de junho de 2009** que altera o art. 2º da Portaria nº 1.989/GM de 2008, que constitui o Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro, no Estado da Bahia e de Petrolina, no Estado de Pernambuco. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010** que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011** que 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. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Unidade de Gestão do Projeto – UGP. *Qualisus-Rede. Manual Operacional: documento-base*. Brasília, 2011b. Acesso em: 23 abril 2022. Disponível em: < vol1docbasequalisus-redeweb.pdf (www.gov.br)>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. **Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2015.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017** que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. 2017a.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017** que estabelece 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. 2017b.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018** que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. 2018a.

_____. Ministério da Saúde. CONASS. CONASEMS. Orientações tripartites para o planejamento regional integrado. Brasília, 2018b. Acesso em: 04 de julho de 2022. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/PRI-Orientacoes-Tripartite-Terceira-Edicao.pdf>>

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019** que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. 2019.

CAVALCANTI, R.P; CAVALCANTI, J.C.M; SERRANO, R.M.S.M; SANTANA, P.R. de. *Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, 2013.

CONILL, 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*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, 2011.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (COSEMS-RJ). **Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”**. 2. ed. Rio de Janeiro: 2019.

FEUERWERKER L.C.M; MERHY E.E. *A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas*. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, p. 180-188, 2008.

FRANCO T., MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. *Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado*. In: MERHY, E.E., et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p.125-132.

LAROQUE, M.B.; FASSA, A.G.; CASTILHOS, E.D. *Evaluation of Secondary Dental Health Care at the Dental Specialties Centre, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012-2013*. **Epidemiologia em Serviço de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 421-430, 2015.

LIMA L.D. et al. *Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais*. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2881-2892. 2012a.

LIMA, L.D. et al. *Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p.1903-1914, 2012b.

LIMA, S. A. V. et al. *Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

MARQUES, A. N. T. **Avaliação dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação**. Dissertação. (Mestrado

Profissional em Saúde da Família). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

MARTINS, W.M.C.S. **Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso: uma revisão integrativa.** Artigo (Especialização) - Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde - Ics, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, 2018.

MELLO, G. et al. *O olhar do gestor sobre a regionalização da saúde brasileira.* Novos Caminhos [Internet]. n. 9 (Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil): 30, 2016. Acesso em: 15 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/298749947_>

MELLO, G.A. et al. *O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p.1291-310, 2017.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde.* **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

MINAYO, M. C. de S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta* In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; MINISTÉRIO PÚBLICO DA BAHIA. **Carta de Petrolina.** Recife: Ministério Público de Pernambuco, 2019. Acesso em: 16 de setembro de 2020. Disponível em:

<<https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/10892/Carta%20de%20Petrolina-Rede%20PEBA-Vers%C3%A3o%20Final.pdf>>.

O'LEARY, Z. **Como fazer seu projeto de pesquisa. Guia prático**. Petrópolis: Vozes, 2019.

PAVÃO, A.L. et al. **Aspectos socioeconômicos, de estrutura e desempenho dos Serviços de Saúde das 17 regiões de saúde do Projeto Regiões e Redes. Novos Caminhos**. [Nota Técnica na internet] 2015. Acesso em 15 de janeiro de 2022. Disponível em: [http:// https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/12/NovosCaminhos7.pdf](http://https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/12/NovosCaminhos7.pdf).

PEREIRA A.P.C.D. **Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia**. Tese. (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

PEREIRA, C.R.; CRUZ, D.F.; PADILHA, W.W.N. **Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde**. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.

PERNAMBUCO. BAHIA. **Projeto de implementação da rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco**. (Documento para discussão no II Fórum da macrorregião). Juazeiro-Petrolina; 2009. 137p.

RÊGO, I.L., KAMIMURA, Q.P., SILVA, J.L.G. **Regionalização da Saúde: Implicações à construção de Redes De Saúde Interfederativas**. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 14, n. 2, mar. 2018.

REIS, A.A.C. et al. **Reflexões para a construção de uma regionalização viva**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1045-1054, 2017.

ROCHA, E.M.S. et al. **Preditores educacionais para fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas: uma revisão narrativa**. **Revista Brasileira de Educação**

Médica [online], v. 44, n.1, 2020. Acesso em: 26 de março de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190281>>.

SANCHO, L.G. et al. *O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação*. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, p. 1121-1130, 2017. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016>>.

SANTOS N.R. *Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p: 429-435, 2007.

SANTOS, A.M, GIOVANELLA, L. *Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4. p. 622-631, 2014.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.V.S. *SUS Brasil: a região de saúde como caminho*. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, J.A. *Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-privadas e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SERRA, C.G., RODRIGUES, P.H.A. *Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3579–3586, 2010.

SILVA, J.F.M. *A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

TEMPORÃO, J.G. **SUS: árdua travessia da construção da universalidade**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA – FORTALECER O SUS, OS DIREITOS E A DEMOCRACIA. Rio de Janeiro, 2018.

VIANA, A.L.D. et al. *Novas perspectivas para a regionalização da saúde*. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

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

VIANA, A.L. et al. *O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões política, estrutura e organização*. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 17, supl. 1, p. S27-S43, 2017a.

VIANA, A.L. et al. *Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, Supl.1, p. S17-S26, 2017b.

VIANA, A.L.D. et al. **Pesquisa política, planejamento e gestão das regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. Relatório regional. **Regiões e Redes. Caminho da Universalização da Saúde no Brasil**. Juazeiro e Petrolina, 2017c. Acesso em: 5 fevereiro de 2022, Disponível em: <<https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/06/relatorio-petrolina-juazeiro.pdf>>.

VIANA, A.L. et al. *Regionalização e Redes de Saúde*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>>.

VIANA, A.L.D, LIMA, L.D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

VIEIRA, E. W. R., LIMA, T. M. N., GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 2015.

VINUTO, J. *A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto*. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva: 2002.

WRUBLEWSK, G.S. et al. *Efeitos da implantação da rede interestadual de saúde do Vale do São Francisco*. **Diversitates International Journal**, v.10, n. 2, p. 59-69, 2018.

APÊNDICE A – ARTIGO

Multifatorialidade na regionalização interestadual em saúde: uma análise por meio da regulação assistencial

Resumo

A regionalização é um processo de governança lógico, potente e indispensável no cenário da política de saúde. Diante dos desafios postos a uma regionalização solidária, que viabilize a universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, foi implantada a pioneira Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, na região entre os estados de Pernambuco e Bahia. O estudo se propôs analisar a complexa relação gerencial que envolve, na coordenação do cuidado, Agentes públicos e privados. A abordagem foi qualitativa, para analisar o processo de regionalização da Rede Pernambuco/Bahia (Rede PEBA), por meio da regulação assistencial, sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços e usuários. A análise da associação de oferta-produção-fila de espera na região da rede PEBA chega a um consenso, na percepção multifatorial, de que a qualificação da gestão da clínica, do processo de encaminhamento e a necessidade de organização e comunicação são imprescindíveis para garantir o acesso oportuno; do contrário, ocorrem efeitos diretos no absenteísmo, com impactos, conseqüentemente, no aumento das filas, exigindo uma abordagem sistêmica e multifatorial para a organização do processo regulatório. Fica evidente a necessidade de arranjos organizacionais, construídos de forma coletiva, envolvendo todos os atores no processo de formulação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, a fim de superar as barreiras para a coordenação do cuidado e a integralidade em saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Regionalização da Saúde; Regulamentação Governamental; Formulação de Políticas; Acesso aos Serviços de Saúde.

Introdução

A regionalização é um dos pilares fundamentais na estruturação e organização das ações e serviços de saúde do SUS, em que o planejamento e a organização da rede hierarquizada, com disponibilidade de densidades tecnológicas e assistenciais em vários níveis de atenção, são consolidados por base territorial, considerando também as características socioeconômicas e os condicionantes e determinante de saúde da região.

Um processo de regionalização efetivo é capaz de contribuir com o desenvolvimento regional, bem como na melhoria dos indicadores de saúde. Parte-se do pressuposto de que, através da organização dos serviços e das ações de saúde de forma regional, pode-se atingir a universalidade do acesso, bem como diminuir as desigualdades socioeconômicas e espaciais¹.

A fim de garantir a integralidade da saúde, por meio do processo de referência de serviços, o processo regulatório no SUS ocorre sob a ótica da regionalização, considerando as diferentes responsabilidades sanitárias de cada ente federativo, união, estado e município, de acordo com a complexidade financeira e tecnológicas dos serviços. Além disso, a organização do processo regulatório deve estar de acordo com os arranjos de rede, integrando a atenção primária, a média e a alta complexidade, além dos sistemas logísticos, de apoio e de governança².

O funcionamento operacional e logístico das Redes de Atenção à Saúde depende, dentre outros elementos, da regulação assistencial. Esta tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS³. A regulação assistencial compõe uma complexa realidade gerencial que atua sobre uma mesma rede ofertada, de maneira direta ou indireta, merecendo estudos que identifiquem limites e potencialidades.

A regulação assistencial, na proposta deste estudo, é utilizada como marcador para análise da regionalização na Rede Interestadual Pernambuco/Bahia (Rede PEBA), sendo compreendida como estratégia de governança (dimensão governamental, abrangendo pactuações entre gestores estatais e organizações civis). A estratégia de governança de uma regional interestadual possui características próprias, se comparadas com outras regiões (distrital, municipal, intermunicipal), havendo uma sobreposição de dificuldades e aumentando os desafios.

A rede PEBA tem particularidades em relação às demais regiões de saúde do Brasil, por ser a pioneira na sua conformação de território interestadual. Além de ser constituída por uma complexa relação gerencial de territórios, que envolve, na coordenação do cuidado, os Agentes públicos, através dos municípios que compõem as regiões de saúde definidas pelo plano diretor de regionalização e das duas gestões estaduais, e Agentes privados, que coordenam os serviços de saúde de abrangência interestadual.

Diante de todo este panorama e riqueza de fatos e da escassez de literatura sobre a compreensão do processo de regionalização pós-pacto pela saúde, das ações e serviços de saúde da macrorregião do Vale do São Francisco, este estudo teve como objetivo analisar o

processo de regionalização na Rede PEBA por meio da regulação assistencial, sob a perspectiva dos gestores, profissionais dos serviços e usuários.

Método

A Rede PEBA, localizada na região de saúde interestadual, é composta por 53 municípios, cerca de 2 milhões de habitantes e mais de 800 estabelecimentos de saúde, que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e da Macrorregião Norte da Bahia. Desenvolvido nesta rede, o estudo teve uma abordagem qualitativa, que “trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”⁴.

Considerando as perspectivas analíticas propostas, foram entrevistados 18 informantes-chave, “...pessoas que, em razão do seu papel ou suas experiências, têm informação ou conhecimento pertinente que estão dispostas a compartilhar”⁵. Os informantes foram classificados em três grupos: gestores e trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde. O primeiro entrevistado foi contactado considerando seu papel como referência na atenção especializada de uma das linhas de cuidado da Rede PE/BA. Os demais foram indicados pelos(as) próprios(as) participantes da pesquisa, seguindo o critério “bola de neve”⁶.

Os gestores, trabalhadores e usuários elencados para participação transitavam em espaços considerados estratégicos para o desenvolvimento do objetivo proposto. Sendo eles: espaços de gestão do processo de regulação, 04 serviços da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde do contexto urbano e rural) e 02 da média e alta complexidade (Hospital Estatal e Hospital Filantrópico). Os usuários foram aqueles que utilizaram os serviços de média e alta complexidade localizados nos municípios-sede das macrorregiões de saúde, Juazeiro-BA e Petrolina-PE. No entanto, para o presente estudo foi considerado todo seu itinerário terapêutico.

Como instrumento de coleta do material da pesquisa foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Esta modalidade parte de um roteiro que consiste na enumeração, da forma mais abrangente possível, das questões que o pesquisador pretende abordar no campo, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem condições prefixadas pelo entrevistador⁷.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da Rede Pernambuco / Bahia”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco – FACEPE (Edital PPSUS nº10/2017, APQ-0561- 4.06/17) e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de

Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAEE: 04186917.2.0000.5208. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aceitarem participar.

Resultados e Discussão

A regulação assistencial, integrante da estrutura logística da Rede de Atenção à Saúde, em seu aspecto normativo, tem sua ação na relação entre a demanda dos usuários por serviços de saúde, que atendam suas necessidades na manutenção de suas vidas e a efetiva prestação oferecido pela Rede Pública de Saúde. Como mecanismo de comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS, tem papel fundamental na promoção da integralidade por meio de fluxos assistenciais, processos e protocolos. Diversos atores sociais participam do desenvolvimento da ação regulatória - entes federados, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores e os usuários.

O funcionamento fragmentado das RASs, a inexistência de fluxos organizados entre os níveis de atenção à saúde, bem como a ausência de mecanismos, como prontuários eletrônicos integrados, que permitem a comunicação interprofissional qualificando a referência e contrarreferência do usuário na rede, são evidenciados na literatura⁸, mas também na fala do trabalhador da rede PEBA. Este trabalhador reconhece que, na prática, não há uma regulação assistencial que cumpra seu papel de organização da rede, ao afirmar:

Não existe regulação. Existe uma central de marcação. Tem o pessoal aí, mas regulação não existe, o que existe hoje é uma central de marcação, não que todos são marcados, mas não se regula como deve ser (T.5.P7).

A oferta de serviços de saúde foi analisada no Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), que descreve e compara indicadores de 17 Regiões de Saúde, classificando-as em tipologia constituída por análise fatorial e de clusters incluindo três dimensões: desenvolvimento econômico, desenvolvimento humano e complexidade do sistema de saúde. A RS de Juazeiro apresentou baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde. Já a RS de Petrolina foi considerada como de médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços⁹.

A análise evidencia que, apesar dos avanços na disponibilidade de serviços com a implantação da rede PEBA, ainda há uma baixa oferta de serviços de saúde que atendam às necessidades dos usuários em sua integralidade. A baixa, ou inexistente oferta, não é constatada apenas por estudos, mas também pela vivência de usuários que buscaram o serviço. “Então esses exames não faziam pelo município(...) Eu paguei a cintilografia óssea,

que é a do corpo todo; e paguei duas tomografias, uma do tórax e outra do abdome. Foi tudo pago! (U.1.P13)”

Além da baixa e/ou ausência de oferta, outros fatores interferem na garantia do acesso aos serviços de saúde. No âmbito da regulação assistencial, tais acessos ocorrem por meio de processos regulatórios que, diante de alguns fatores como a fragilidade no planejamento da oferta; a baixa qualidade nos encaminhamentos realizados, a não absorção de profissionais qualificados; a fragilidade na relação com o setor complementar, entre outros, não conseguem garantir acesso oportuno aos cidadãos, e ainda favorecem a formação de filas de espera.

Os parâmetros assistenciais no SUS, historicamente, tiveram um caráter normativo que, em princípio, não considerava as evidências científicas para o cálculo das necessidades de saúde da população, mas, sim, as séries históricas de produção. Em 2015, o Ministério da Saúde atualizou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, na busca de definir aproximações de ofertas que levassem em consideração as necessidades de saúde da população, independente da série histórica da oferta de serviços, das restrições financeiras ou outros condicionantes¹⁰.

Tais critérios e dimensionamentos foram baseados em evidências científicas publicadas em produções nacionais e internacionais, em locais onde os sistemas de saúde são centrados na Atenção Básica. Também foram realizadas comparações entre sistemas municipais de saúde com cobertura da Estratégia de Saúde da Família ampla e com Complexos Reguladores, a fim de desenvolver modelos que dessem conta da complexidade da relação Demanda x Oferta em saúde¹⁰.

Apesar da existência de normas que possibilitam o planejamento e a programação da disponibilidade de ações e serviços de saúde, é possível identificar, na fala de gestores, a forma como o descompasso na programação da oferta e as necessidades da população impactam na fila de espera: “Mas, na verdade o prestador contratualizado tem que cumprir as metas na oferta de consultas, e termina ofertando às vezes uma especialidade que não é o que a região necessita.” (G.4.P7)

Em 2018, foi realizada uma pesquisa buscando compreender a relação entre gestores públicos e prestadores do sistema privado complementar, destacando o processo de descentralização e regionalização do SUS, analisando o resultado da organização das políticas de saúde, o comportamento dos atores sociais e políticos diante da influência das matrizes institucionais, e a das práticas clientelistas vigentes nestes espaços¹¹.

A pesquisa concluiu que a relação público-privada na região estudada, no âmbito da média complexidade, era evidenciada como uma arena de conflitos e interesses, que

envolviam questões como financiamento, contratos, demanda, relação de profissionais, gestores, prestadores e usuários. Conflitos e interesses estes relacionados à macro e micropolítica, determinadas por processos de gestão municipal e regional. Com a presença de forte influência dos prestadores privados sobre os gestores públicos¹¹.

Tal realidade também é identificada na Região da Rede PEBA, sendo possível identificar não só a divergência na programação entre a oferta e a demanda, mas também a fragilidade na forma de contratualização. No primeiro caso, fazendo com que haja oferta de especialidades com perdas primárias, ou seja, uma oferta maior que a demanda, enquanto em outras especialidades há filas com tempo de espera elevados; no segundo caso, a fragilidade na forma de contratualização, considerando o fato de que o prestador tem por competência contratual o alcance de metas do quantitativo de vagas ofertadas.

Um outro aspecto que aponta para a fragilidade na relação entre o setor público e o privado é a seletividade dos prestadores em ofertar o que é conveniente a seus interesses. E, diante de um modelo econômico neoliberal adotado pelo Estado brasileiro, que minimiza os investimentos nas políticas públicas e valoriza as iniciativas privadas, as programações são, por vezes, baseadas nas ofertas existentes e não nas necessidades de saúde da população.

Por exemplo, exames de imagem, a gente tava com um prestador que ofertava Ressonância e densitometria óssea e ele disse que não tem mais interesse de ofertar pro SUS aqui na região, mas Ouricuri ainda tem Tomografia e aí a gente regula pra lá. Então a gente regula bastante pra Recife o que não tem implantado aqui (G.4.P8).

Em relação à baixa oferta de especialidades com alta demanda, outra questão levantada diz respeito à disponibilidade de profissionais qualificados. A desigualdade na distribuição territorial dos profissionais de saúde, bem como o déficit quantitativo e de qualificações de algumas categorias constituem problemas históricos no país.

Na busca de compreender e identificar os aspectos educacionais determinantes da fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas, uma revisão de literatura aponta que um fator importante para a fixação de profissionais em áreas urbanas com escassez de profissional e em áreas rurais é o vínculo do profissional com a região, caracterizado não somente pela naturalidade, mas também pelo tempo de residência na localidade¹².

Considerando ser a oferta de graduações e especializações um dos fatores importantes para a fixação de profissionais na região, a criação, em 2002, da Universidade Federal do Vale do São Francisco, uma das primeiras Universidades Federal a ter sede no interior do

Nordeste, foi de suma importância para o fortalecimento da Rede PEBA. Além do Curso de Medicina, oferecido desde a inauguração da UNIVASF, em 2010, foram criados os programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica e Cirurgia Geral.

Neste sentido, a ausência de algumas especialidades não é apontada pelos gestores como um fator negativo, mas, sim, o fato de haver uma resistência dos profissionais em exercer suas funções no Sistema Único de Saúde. A solução foi conceder benefícios, a exemplo da negociação de carga horária de trabalho, para garantia do acesso ao serviço pela população.

Neuro teve uma época que não ofertava nada, porque nenhum neuro aqui quer e bota a maior dificuldade pra trabalhar no SUS. Mas aí ela conseguiu um neuro para vir de Recife, pra atender quinzenalmente. Foi aí que conseguiu e tem um outro de Juazeiro também (G.4.P25).

Na percepção de trabalhadores, a baixa oferta não é apenas devida à ausência de profissionais especializados na região. Há outros motivos da não adesão dos profissionais de saúde ao SUS, relacionados aos processos de trabalho e à estrutura dos serviços de saúde.

Nós temos um único cirurgião oncológico no SUS para uma população de 2 milhões de habitantes. Aí você diz: “mas é porque não tem cirurgiões oncológicos”. Tem, lógico que tem. Têm outros cirurgiões oncológicos. Só que os serviços não aumentaram suas capacidades de funcionar para absorver essas pessoas que estão no mercado, e nem para dar fluxo a uma fila que existe (T.2.P2).

Ainda no âmbito dos fatores associados à fila de espera, na percepção de trabalhadores, a frágil qualificação da gestão da clínica e a capacidade de coordenação do cuidado por parte de profissionais que estão atuando no nível da atenção primária têm impacto negativo na qualidade dos encaminhamentos ao nível secundário, conseqüentemente no aumento das filas de espera.

Agora, outro aspecto da fila de espera é o encaminhamento desnecessário, que é também um aspecto bem importante. Você vê que a maior parte dos trabalhadores que estão atuando hoje na atenção primária não tem qualificação suficiente para tal, não fazem uma consulta como deve ser feita. Então há um encaminhamento desnecessário enorme no município (T.1.P.6).

Em estudo realizado na central de regulação do município de Mombaça-CE, através da avaliação de encaminhamentos oriundos da Atenção Primária, identificou-se um número considerável de encaminhamentos para a média complexidade, tanto para consultas quanto para exames especializados. No entanto, ao comparar o número de atendimentos realizados no âmbito da APS, no mesmo período, foi possível observar que o volume não era o maior entrave, mas, sim, o tempo inoportuno para o agendamento e as descrições das justificativas clínicas e hipóteses diagnósticas¹³.

Em avaliação do tempo de espera médio pela primeira consulta com médico especialista, outro estudo verificou que, nos formulários de encaminhamento em que a justificativa clínica estava completa o tempo de espera para a consulta foi menor, quando comparado aos formulários com a justificativa parcialmente preenchida¹⁴.

A Política Nacional de Atenção Básica considera de suma importância o planejamento e organização da agenda, assim como a avaliação constante dos agendamentos, pois, quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados¹⁵.

A gente fez aqui no município de Juazeiro em 2015 / 2014 (...) E aí começamos a ligar, quase nenhum paciente tinha vindo a óbito. “Seu paciente, por que é que você não veio?”... “Ahhh, porque eu estava sentindo isso, o médico passou esse tanto de exame que eu não precisava, aí nem fui”... “Ah, porque demorou muito eu vendi meu carro, minha casa e fui fazer outro exame”. Então são situações compartilhadas da necessidade que não existia e da demora em ofertar serviços. E essa demora em ofertar serviços é muitas vezes desse inchaço que não tinha necessidade (G.3.P35).

Fica assim evidente a percepção de gestores de que, encaminhamentos fora da necessidade clínica do usuário, associado ao tempo de espera na fila e a urgência necessária para realização do procedimento/consulta são fatores determinantes na relação fila de espera x absenteísmo. Esta visão é ponto comum, quando observamos a análise de trabalhadores baseada em sua vivência.

Quando eu era residente eu rodava nos serviços com alguns especialistas, e eu ficava chocada. Eu ia lá acompanhar um ginecologista e tinha lá 3 pessoas agendadas para ela. E eu na minha

unidade não conseguia marcar consulta com ginecologista, né. Então... tinham 3 pessoas agendadas que estavam lá presentes, outras que estavam agendadas e não foram, por que não foram? Porque as vezes não conseguiam chegar àquela informação a tempo para aquelas pessoas que tinham consulta naquele dia. Ou então, as vezes demora tanto para conseguir marcar aquela consulta, que quando chega a pessoa já buscou outras formas de tentar resolver aquilo (T.1.P4).

O planejamento e a programação dos serviços de saúde, além da atenção ao usuário que busca a resolução de seus problemas de saúde individuais e coletivos, visam a economia de escala. Neste sentido, quando ocorre o absenteísmo, além da oportunidade perdida de garantir assistência a outro usuário que a necessitava há um prejuízo financeiro, bem como um comprometimento da visão do serviço frente à sociedade, constituindo um grande custo social. A ociosidade de recursos disponíveis é um desperdício que acarreta impactos negativos na formação das filas de espera.

Além da qualidade assistencial, a organização dos fluxos assistenciais e dispositivos regulatórios capazes de interagir da melhor forma com os usuários, bem como a instrumentalização dos profissionais a respeito da disposição das RASs, com a construção coletiva de protocolos locais, a criação de linhas e/ou espaços institucionais de comunicação direta entre APS, atenção especializada e central de regulação também são fundamentais para a racionalização da oferta existente.

A gente tem um grupo de WhatsApp dos médicos do município e pode ter certeza que se eu abrir aqui vai ter alguém perguntando “ah eu tô com paciente tal para onde é que eu mando?”. Porque fica perdido no fluxo assim, é uma coisa que ninguém compreende, e toda hora muda também, então a gente nunca sabe (T.5.P2).

A consolidação de um modelo de atenção à saúde que tenha a atenção básica como coordenadora do cuidado, com capacidade de articular os diferentes pontos da RAS, garantindo a integralidade do cuidado do usuário, é um consenso na Rede PEBA, assim como a necessidade de investimentos e estratégias de qualificação da assistência - imprescindíveis para fortalecimento da gestão da clínica e da rede, com tomadas de decisões baseadas nas necessidades do cidadão – e da gestão do SUS.

A fragilidade na qualificação é apontada, não só no âmbito do profissional da assistência, mas também da gestão do sistema de saúde. Na visão de gestores, torna-se um

desafio conduzir o processo de planejamento e discussão da RAS em âmbito Interestadual diante da qualificação, bem como da rotatividade dos gestores da saúde.

Qualificação de gestores, e a gente vê que esse próximo ano mais de 50% dos gestores da Rede PEBA vão mudar então é um desafio muito grande pra gente que vai começar tudo de novo. São novos gestores, novos secretários de saúde, novos gestores de hospitais. Isso é bom e ruim (G.2.P11).

Diante da fragilidade de efetivar a regionalização e da necessidade de fortalecimento de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, o Ministério da Saúde, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), vem realizando investimentos em estratégias de qualificação da gestão do SUS.

São 3 regionais que são polo da Bahia. E tem as 3 regionais de Pernambuco que são Salgueiro, Ouricuri e Petrolina. A gente ainda está encaminhando, mas na medida do possível isso tem acontecido para que esses municípios resolvam os problemas dos municípios que são do seu entorno. Senhor do Bonfim, por exemplo, tem 9 municípios que são dependentes dele, então é muito mais efetivo que Senhor do Bonfim esteja fortalecido para que esses pacientes não precisem vir para cá. Então a nossa luta tem sido essa. Inclusive no plano que tem sido construído pelo HAOC (Hospital Alemão Oswaldo Cruz) [PROADI-SUS], é fortalecer essas regiões para que elas não fiquem dependentes e superlotando os grandes municípios polos ou as capitais (G.3.P5).

A parceria do Ministério da Saúde com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que desde 2009 desenvolve projetos inseridos no âmbito do PROADI-SUS, constitui um arranjo de articulação da relação pública e privada nas políticas de saúde no Brasil. A instituição dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional prevê, além da oferta da saúde, ações voltadas à pesquisa, capacitação dos profissionais e gestão em serviços de saúde¹⁶.

O projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização, em execução por meio do PROADI-SUS, espera a elaboração do Planejamento Regional Integrado, pelos gestores e profissionais atuantes na RAS, que aprimore a governança, utilizando diagnósticos, priorizando problemáticas,

elaborando indicadores que permitam o monitoramento e a avaliação das ações programadas, com efeito duradouro, permeável a mudanças governamentais¹⁷.

Além da análise dos investimentos realizados no fortalecimento da governança na Rede PEBA, por meio de processos de qualificação, é possível observar que a relação público-privado transcende a complementariedade da oferta de ações e serviços para a organização e estruturação das políticas de saúde. Em tese, ao serem analisados os triênios 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017, do PROADI-SUS, constatou-se a realização de 407 projetos no valor de R\$ 3.377.444.187,62, com aumento real dos recursos investidos no programa, com variação anual de 40% e 42% para o segundo e terceiros triênios¹⁸.

Além da fragilidade no monitoramento e avaliação do Programa, com falta de transparência, dificuldades no alinhamento às diretrizes do SUS e aos projetos foram notificadas. No que diz respeito às instituições privadas participantes, além da isenção concedida, os dados indicam benefício direto. Cabe ressaltar que os hospitais partícipes do Programa, todos de grande porte, concentram parte significativa do capital privado do setor da saúde. No entanto, pontua-se que, diante da falta de financiamento da política de saúde e do cenário de austeridade, os recursos são significativos, além do Programa ser visto como uma forma de superar a burocracia estatal¹⁸. Na fala de gestores, é possível identificar que o Projeto fortalece a crença no êxito do processo de regionalização na Rede PEBA.

Sim, foi aprovado na CRIE (Projeto do PROADI-SUS) e foi mandado pro Ministério e vai pra outras instâncias de cada estado. Ele tá sendo conduzido pelos dois COSEMS dos dois estados, é quem tão junto com a HUOC à frente do projeto. Então a gente tá bem esperançoso que vai andar (G.3.P20).

Considerações finais

O processo de regionalização da Rede Pernambuco/Bahia surgiu a partir da necessidade de formalização de um fluxo assistencial existente, criado pela busca da garantia do direito à saúde por parte dos usuários dos dois Estados, especificamente da Região de Juazeiro e Petrolina. As limitações da Rede são constatadas a partir da Regulação Assistencial, mas são reconhecidos avanços no que diz respeito à disponibilidade de ações e serviços de saúde, ainda que não garantam a integralidade do cuidado.

A análise sobre as filas de espera e resultados da associação de oferta-produção-fila de espera na região da rede PEBA evidencia o consenso na percepção multifatorial, em que a qualificação da gestão da clínica, do processo de encaminhamento, e a necessidade de organização e comunicação na Rede são imprescindíveis para garantir um acesso oportuno. A

não ocorrência deste acesso tem efeitos diretos no absenteísmo, que certamente impactarão no aumento das filas, exigindo, assim, uma abordagem multifatorial e sistêmica para a organização do processo regulatório.

Fica evidente e é de suma importância a necessidade de arranjos organizacionais, construídos de forma coletiva, envolvendo todos os atores no processo de formulação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, para superar as barreiras para a coordenação do cuidado e a integralidade em saúde.

O período pandêmico e de troca de gestão municipal pode ser apontado como um limitador no acesso a atores-chave no processo de regionalização da Rede PEBA. No entanto, o conhecimento e a perspectiva de análise dos participantes do estudo mostraram-se suficientes para a compreensão do objeto de estudo e a proposição de melhorias na constituição de redes regionalizadas no âmbito do SUS.

Diante da complexidade da instituição de um Processo de Regionalização e de uma Rede Interestadual de Saúde, que consigam estruturar um modelo de atenção baseado nas necessidades sociais em contexto inter-regional, são necessários estudos mais aprofundados com abordagem multidimensional, que possibilitem analisar as dimensões política, estrutural e organizacional da Região do Vale do Médio São Francisco, identificando o grau de influência de cada uma dessas dimensões no processo de regionalização. Com isso, será possível impulsionar a construção de modelos de gestão, regulação e atenção à saúde que concretizem a Rede PEBA.

Referências

1. VIANA, A.L. et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 17, s.1: p.S17-S26, out. 2017.
2. MARTINS, W.M.C.S. Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso: uma revisão integrativa. Artigo (Especialização) - Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, 2018.
3. 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. Brasília, 2008.

4. MINAYO, M. C. de S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
5. O'LEARY, Zina. **Como fazer seu projeto de pesquisa. Guia prático**. Petrópolis: Vozes, 2019.
6. VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.
7. MINAYO, M. C de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
8. BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.
9. PAVÃO A. L.; Duarte C. R.; Viacava, F.; Oliveira, R. A. E. **Aspectos socioeconômicos, de estrutura e desempenho dos serviços de saúde das 17 regiões de saúde do Projeto Regiões e Redes. Novos Caminhos**. [Nota Técnica na internet] 2015. Acesso em: 15 de janeiro de 2022. Disponível em: <http://https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/12/NovosCaminhos7.pdf>.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2015.
11. SILVA, J.F.M. **A relação público-privado para a atenção de média complexidade em uma região de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.
12. ROCHA, E.M.S. et al. Preditores educacionais para fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 44, n. 1, 2020. Acesso em: 26 março 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190281>.
13. MARQUES, A. N. T. **Avaliação dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação**. Dissertação (Mestrado

Profissional Saúde da Família) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

14. VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 65-71, 2015.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 2013.
16. BORYSOW, I. C, et al. Avaliação de portfólio: A experiência do HAOC no Proadi-SUS. **Revista Brasileira de Avaliação**, v.10, n. 2, p. e101921, 2021. Acesso em: 23 de abril de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/rbaval202110019>>
17. PROADI-SUS. **Projeto: Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização**. Hospitais PROADI-SUS, 2022. Acesso em: 23 de abril de 2022. Disponível em: <<http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/regionalizacao1>>
18. SANTOS, J. A. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-privadas e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2021

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Bloco D, Departamento de Medicina Social, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 – Telefone: (081) 2126-8550 e e-mail: afalangola@uol.com.br) Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O objetivo da pesquisa é conhecer a regulação assistencial na rede Pernambuco/Bahia.
- A pesquisa em questão realizará as entrevistas em ambiente reservado para preservar a privacidade dos participantes.
- A pesquisa traz, para os participantes, riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para a sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e

o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS, a partir de iniciativas inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador, no endereço Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, Bloco D, Departamento de Medicina Social, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos (as) pesquisadores (as) (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE, no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

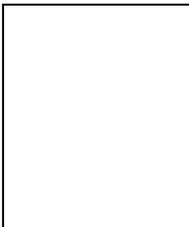
Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE/DMS

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia”, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

_____, ____/____/____



Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES

Identificação do Participante

Nome: _____

Gênero: Masculino () Feminino () Outros ()

Idade: _____

Natural de/Origem: _____

Formação básica (graduação): _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Atuação profissional

Tempo em que atua no SUS: _____ E na gestão do SUS: _____

Cargo/função atual, local de atuação (Unidade/Secretaria estadual/municipal) e há quanto tempo: _____

Já trabalhou/trabalha no setor privado? _____

Se sim: Qual função e por quanto tempo? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Fale sobre a função/cargo que você ocupa.
- O que você entende sobre regionalização da saúde?
- A criação da rede PEBA se deu a partir de uma articulação e pactuação interfederativa dos três entes governamentais. Comente sobre:
 - Distribuição das responsabilidades no processo de gestão da rede;
 - Pactuações assumidas entre os entes;
 - Instâncias colegiadas;
 - Potencialidades;
 - Desafios;
 - Mudanças na organização da Rede de Atenção.
- A regulação em saúde é utilizada como um dispositivo de organização e orientação dos serviços de saúde. No contexto da rede PEBA, como se dá o processo de regulação?
 - Quais serviços estão sob a regulação da rede PEBA?
 - Qual o papel da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) na Rede PEBA?
 - Na região interestadual, comente sobre as possibilidades de regulação entre os entes.
 - Articulação Município x Município (prestação de serviços, compras, consórcios)
 - Articulação Municípios x Estados
 - Articulação Estado x Estado
- Comente sobre as principais facilidades e dificuldades no acesso dos usuários aos serviços de saúde, especialmente, na atenção em

oncologia.

- Existem outros mecanismos/estratégias, para além da regulação formal, utilizadas pelos usuários para acesso aos serviços de saúde? Se sim, qual sua opinião sobre os mesmos?
 - A existência de mecanismos informais interfere na dinâmica de funcionamento de uma regulação formal? De que forma? (Explorar a existência ou não de mudanças na dinâmica da regulação formal).
- Em estudo recente sobre a probabilidade de absenteísmo ambulatorial de especialidades foi identificado que as filas de espera e a taxa de absenteísmo, que chega em torno de 31%, de consultas e serviços em saúde, são um dos principais problemas da Rede. Na sua opinião, quais são os motivos para as filas de espera e absenteísmo (Falta dos usuários sem comunicação prévia)?
 - Oferta x demanda x necessidade
 - Serviço
 - Profissionais
 - Formação
 - Recursos tecnológicos
 - Quais estratégias e mecanismos que têm sido/poderiam ser adotados para resolver/minimizar esses problemas?
- Diante dos temas abordados na nossa conversa até o momento, o que mais você gostaria de dizer que não foi explorado?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – TRABALHADORES

Identificação do Participante

Nome: _____

Gênero: Masculino () Feminino () Outros ()

Idade: _____

Natural de/Origem: _____

Formação básica (graduação): _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Atuação profissional

Tempo em que atua no SUS: _____ E na gestão do SUS: _____

Cargo/função atual, local de atuação (Unidade/Secretaria estadual/municipal) e há quanto tempo: _____

Já trabalhou/trabalha no setor privado? _____

Se sim: Qual a função e por quanto tempo? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Fale sobre a função/cargo que você ocupa.
- Considerando que este serviço está situado em uma região de saúde que compõe a rede PEBA, formada por 55 municípios com aproximadamente 1,9 milhões de habitantes, divididos nas Macrorregiões de Juazeiro – BA e Petrolina-PE, comente sobre as principais facilidades e dificuldades no acesso dos usuários aos serviços de saúde.
 - Oferta de serviços x Necessidade de saúde da população
- Comente sobre as estratégias utilizadas pelos usuários para chegar até você / até o serviço.
 - Regulação formal do acesso (marcação/encaminhamento pela SMS/GERES etc.);
 - tempo
 - Regulação leiga (mecanismos alternativos de acesso);
 - Principais estratégias dos usuários
 - Influência (tempo, acesso, qualidade) no apoio diagnóstico/tratamento do usuário (Existem diferenças para o usuário formal?)
 - Repercussões no serviço e/ou organização da equipe
 - Você já orientou/auxiliou algum usuário a ter acesso aos serviços de que ele necessitou? De que forma?
- Comente sobre como se dá a viabilização do projeto terapêutico construído para o usuário/paciente (encaminhamentos, exames, terapias...)
- Em estudo recente sobre a probabilidade de absenteísmo ambulatorial de especialidades foi identificado que as filas de espera e a taxa de absenteísmo, que chega em torno de 31%, de consultas e serviços em saúde são um dos principais problemas da Rede. Na sua opinião, quais são os

motivos para as filas de espera e absenteísmo (Falta dos usuários sem comunicação prévia)?

- Oferta x demanda x necessidade
 - Serviço
 - Profissionais
 - Formação
 - Recursos tecnológicos
 - Habilitação/Contratualização
- Comente sobre as estratégias e mecanismos que têm sido/poderiam ser adotados para resolver/minimizar esses problemas.
- Como você avalia que sua atuação profissional pode interferir na dinâmica de funcionamento do serviço público.
- Diante dos temas abordados na nossa conversa até o momento, o que mais você gostaria de dizer que não foi explorado?

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS

Informações do participante

Nome: _____

Gênero: Masculino () Feminino () Outro ()

Município de residência: _____

Idade: _____

Raça Autoatribuída: () Branco () Pardo () Negro () Amarelo () Indígena

Escolaridade: () Nível Fundamental incompleto () Nível Fundamental completo ()

Nível Médio incompleto () Nível Médio completo () Nível Superior incompleto ()

Nível Superior completo () Pós-Graduação

Ocupação: _____

Diagnóstico: _____

Tempo que é atendido no hospital: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Fale sobre sua experiência com o seu problema de saúde
 - primeiros sintomas
 - diagnóstico
 - tratamento
- Quais serviços de saúde você precisou utilizar para diagnóstico e tratamento do seu problema de saúde?
 - Como conseguiu ser atendido em cada serviço.
 - Foi auxiliado/ajudado por alguém? Quem? Em que situações?
 - Utilizou algum serviço de outro município?
 - Fila de espera
 - Tempo
 - Marcou alguma consulta e precisou faltar, se sim, qual o motivo da falta? Tentou comunicar a falta? Se sim, de que forma?
- Tentou remarcar e teve alguma dificuldade? Qual?
 - Como você avalia os serviços de saúde que você precisou utilizar?
 - Oferta de consulta e exames
 - Satisfação com o atendimento
 - Relacionamento com os profissionais
- Ao procurar esses serviços de saúde, os profissionais já conheciam a sua história (de qual serviço você vinha, a sua doença etc.)?
 - Principais dificuldades
- Houve necessidade de procurar outros serviços de saúde após o início do tratamento? Comente sobre o motivo e sobre como você conseguiu ser atendido(a).
- Comente sobre o que você acredita que poderia ter tornado melhor a sua experiência de procura por diagnóstico e tratamento deste problema de saúde.
- Para além deste problema, o que você costuma fazer quando sente necessidade de atendimento em saúde?
- No geral, o que você faz quando não consegue ser atendido em um serviço ou quando demora muito?
- Diante do que conversamos até agora, o que mais você gostaria de dizer?