

Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil

Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil

Gestión del cuidado integral: estudio de caso en una región sanitaria de Bahía, Brasil

Adriano Maia dos Santos ^{1,2}
Ligia Giovanella ²

Resumo

Analizou-se a conformação da gestão do cuidado integral nos níveis político-institucional, organizacional e nas práticas, identificando os desafios para constituição de cuidados coordenados entre municípios e os dispositivos para integração e regulação assistencial. Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa, na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, que abrange 19 municípios. As fontes de informação foram entrevistas semiestruturadas com gestores, grupos focais com gestores, profissionais e usuários, documentos institucionais e observações. Os resultados indicaram haver insuficiência de médicos para as ações e serviços na Estratégia Saúde da Família, bem como nos serviços especializados, limitando o acesso oportuno. Havia fragmentação entre os diferentes pontos e desarticulação comunicacional na rede. Interesses privados e interferências clientelistas criavam circuitos paralelos, transformando o direito à saúde em troca de favores. Tais questões obstruem as possibilidades de coordenação do cuidado na rede intermunicipal.

Regionalização; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Integralidade em Saúde; Gestão Clínica

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.
² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência
A. M. Santos
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia.
Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, BA 45028-646, Brasil.
maiaufba@ufba.br

Introdução

A gestão do cuidado integral¹ está relacionada com a gestão de redes de atenção^{2,3} e busca assegurar o princípio da integralidade⁴. Para garantir o cuidado integral à população, gestores precisam responder a um conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento transcende a capacidade de apenas um ente subnacional e, assim, compatibilizar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde⁵.

Enquanto em países europeus, com sistemas de saúde universais, as agendas de descentralização e regionalização caminham articulando-se, nos países latino-americanos, inclusive o Brasil, houve maior destaque para a descentralização, sendo assim, os mecanismos de integração para construção de um sistema regionalizado ficaram em segundo plano^{6,7}.

O atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ter fragilizado a capacidade resolutiva em sistemas locais de saúde⁸, sobretudo na prestação de serviços especializados^{9,10}, amplificando disputas entre os municípios por recursos^{8,11}, ao invés de conformar uma rede de saúde por meio de política territorial compartilhada, criando efeitos paradoxais⁷. A ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, no final da década de 1990, em muitos sistemas locais isolados, especialmente municípios de pequeno porte, sem capacidade de gestão do cuidado integral e sem mecanismos e expertise para conformação de redes intermunicipais^{6,12}. Ainda assim, estudos sinalizam que a descentralização, apesar dos grandes desafios, logrou êxito em muitos sistemas locais^{13,14,15}.

A regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar acesso e diminuir desigualdades¹⁶. Porém, há dificuldades na consolidação de regiões de saúde diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e estrangulamentos na oferta de serviços¹⁷. Além disso, influências do setor privado no SUS^{18,19}; tensionadas por conflito e disputa entre os municípios “à revelia da discussão regional”¹¹ fragilizam a gestão do cuidado integral. Em contrapartida, destacam-se o papel estratégico do gestor estadual²⁰, as comissões intergestores regionais (CIR)^{8,19} e o consórcio intermunicipal de saúde²¹ na indução da regionalização. Essas pesquisas revelam, ainda, contribuições da regionalização para a integralidade da atenção, entretanto sua

implementação tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos^{12,22}.

Em sistemas europeus, diferentes estudos^{23,24,25} defendem que sistemas integrados devem apoiar-se na atenção primária à saúde como coordenadora para atingir alguns objetivos básicos como cuidado continuado, longitudinalidade, resolubilidade no nível mais adequado, melhora progressiva dos resultados, equidade e uso adequado dos recursos. A coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado das pessoas, articulados para resolver as necessidades dos usuários na sua integralidade²⁶.

Em pesquisa recente nesta mesma região de saúde¹⁸, focou-se a análise na governança regional e foram constatados conflitos e ambiguidades na formulação de políticas locais, pois havia permanente tensionamento entre interesses particulares no âmbito municipal e necessidades regionais de cunho mais solidário.

Extensa revisão sobre integração de sistemas de saúde²⁷ aponta insuficiência de estudos empíricos que forneçam evidências para tomada de decisão e falta de ferramentas validadas e padronizadas para avaliação dos resultados, o que torna a tarefa de medir e comparar o impacto da integração no nível das práticas, serviços e sistema um grande desafio para gestores e pesquisadores. Nessa perspectiva, preencher parte destas lacunas é uma das intenções desta pesquisa.

Este artigo analisa a conformação da gestão do cuidado integral, na região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, nos níveis político-institucional, organizacional e nas práticas, identificando os desafios para constituição de cuidados coordenados entre municípios e os dispositivos para integração e regulação assistencial na região.

Metodologia

Foi realizado estudo de caso²⁸, com abordagem qualitativa, na região de saúde de Vitória da Conquista, abrangendo 19 municípios da Bahia (Tabela 1), entre 2011 e 2012. Com alguma tradição de organização da rede local, Vitória da Conquista apresentava experiências exitosas em distintos estudos^{13,29,30}, carecendo, entretanto, de investigação para conhecer sua interface para produção da gestão do cuidado integral na região. O *Decreto nº 7.508* define regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde e coordenação do cuidado, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, favorecendo a ação cooperativa intergestora³¹.

Tabela 1

Municípios, cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e número de equipes de saúde da família e de saúde bucal. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2012.

Município	População 2010	Gestão da saúde 2012	Taxa de urbanização 2010 (%)	IDHM 2010	Equipes de saúde da família 2012	Cobertura pela ESF 2012	Equipes de saúde bucal 2012	NASF (2012)
Anagé	25.516	Estadual	19,4	0,540	7	82,64	2	1
Barra do Choça	34.788	Municipal	49,2	0,551	12	100,00	4	-
Belo Campo	16.021	Municipal	56,2	0,575	6	100,00	2	-
Bom Jesus da Serra	10.113	Estadual	27,6	0,546	3	100,00	3	-
Caetanos	13.639	Estadual	23,6	0,542	4	100,00	3	-
Cândido Sales	27.918	Estadual	69,2	0,601	6	62,17	3	-
Caraíbas	10.222	Estadual	24,6	0,555	4	100,00	3	-
Condeúba	16.898	Estadual	44,5	0,582	6	100,00	5	-
Cordeiros	8.168	Estadual	31,2	0,579	4	100,00	2	-
Encruzilhada	23.766	Estadual	21,7	0,544	4	57,58	4	-
Maetinga	7.038	Municipal	40,6	0,538	4	100,00	2	1
Mirante	10.507	Estadual	17,3	0,527	4	100,00	4	-
Piripá	12.783	Estadual	48,7	0,575	6	100,00	2	-
Planalto	24.481	Estadual	61,0	0,560	6	83,83	3	1
Poções	44.701	Estadual	77,0	0,604	10	77,14	8	1
Pres. Jânio Quadros	13.652	Municipal	31,0	0,542	7	100,00	3	1
Ribeirão Largo	8.602	Estadual	53,1	0,540	4	100,00	2	-
Tremedal	17.029	Estadual	23,1	0,528	5	100,00	3	1
Vitória da Conquista	306.866	Municipal	89,6	0,678	37	41,16	29	4
Região de Saúde	632.708	-	-	-	139	65,00	87	10
Bahia	14.016.906	-	72,1	0,660	2.748	62,80	1.911	116

IDHM: índice de desenvolvimento humano municipal; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Nota: competência dezembro de 2011.

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde/Coordenação de Avaliação e Monitoramento, Diretoria de Atenção Básica, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Este estudo apoiou-se em três dimensões que compõem a gestão do cuidado¹: profissional, organizacional e sistêmica. A dimensão profissional refere-se ao processo de trabalho na esfera do encontro entre usuário e profissional. A dimensão organizacional corresponde ao componente institucional das práticas, referindo-se ao nível das relações entre diferentes profissionais e tecnologias disponíveis para operacionalizar o cuidado. A dimensão sistêmica engloba as anteriores e representa a modelagem da rede de cuidados que se dá num determinado território (municipal ou regional), imprescindível para garantia da integralidade.

A gestão do cuidado integral superpõe-se com noções de integralidade. Nesta pesquisa, a integralidade remete à integração de serviços em redes locais, requer interdependência/cooperação entre sujeitos/instituições, compartilhando projetos terapêuticos (coordenação), conformando um “sistema sem muros”⁴.

Foi construída uma “matriz para análise da gestão do cuidado integral em rede regionalizada”, por meio da releitura das dimensões da gestão do cuidado¹, em três níveis: político-institucional, organizacional e práticas. O nível político-institucional responde pelo arcabouço legal, pelas propostas/intencionalidades e ações dos sujeitos para implementação de redes regionais. O nível organizacional abarca uma dimensão operativa, que se dá nas interfaces entre diferentes estabelecimentos e organizações nas regiões de saúde, sofrendo intervenções e interações dos diferentes sujeitos que constituem e imprimem uma lógica para gestão e produção na rede. O nível das práticas compreende as relações dos profissionais entre si e com usuários.

Ressalta-se que os três níveis apresentam dificuldades teóricas para definição das fronteiras entre si e, portanto, carregam certa arbitrariedade na sua delimitação. Para validação, o conteúdo da matriz foi submetido, por correio eletrônico, a

um comitê de especialistas, contando com a colaboração de cinco pesquisadores de instituições distintas. Os critérios de seleção foram: ter experiência, pesquisar e publicar em avaliação de serviços de saúde, ter conhecimento metodológico pertinente ao tema. Não há consenso quanto ao número ideal de especialistas³² e seguiu-se recomendação de Lynn³³.

Os resultados emergiram das análises e cruzamentos de dados coletados em 17 entrevistas semiestruturadas com gestores/gerentes (esferas estadual, regional e municipal), nove grupos focais – quatro grupos com profissionais (GF-P), compostos por médicos e enfermeiros em cada, quatro grupos com usuários (GF-U) e um grupo com gestores (GF-G) –, registros de observações na CIR (sete reuniões entre outubro de 2011 a março de 2012), em unidades de saúde da família (USF) e centrais de marcação de consultas (CMC), complementados por documentos: atas da CIR (2011-2012) e relatórios anuais de gestão (RAG) de 2011.

Para análise final, fez-se entrecruzamento entre diferentes informações coletadas, complementado-as com os documentos, identificando-se convergências e divergências. As análises seguiram critérios/indicadores pré-definidos da matriz para cada nível, elegendo-se duas dimensões que conformaram os resultados e discussão: a) Coordenação do cuidado na região de saúde (Tabela 2): trata-se de um atributo da atenção primária à saúde e funciona como amálgama, pois potencializa e viabiliza cuidados continuados, articula os diferentes pontos no sistema para a integralidade e parte do reconhecimento que diferentes necessidades das pessoas e possibilidades de resolução não podem ser alcançadas apenas pela equipe de atenção primária à saúde³⁴; b) Dispositivos para integração e regulação assistencial na região de saúde (Tabela 3): a integração dos serviços é a contraposição aos modelos fragmentados. Serviços de saúde integrados em forma de redes de atenção tendem a atuar de maneira equilibrada sobre as condições agudas e crônicas, desde que estejam organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, em 4 de outubro de 2011, parecer nº 207/11.

Resultados e discussão

Coordenação do cuidado na região de saúde

Os principais resultados sobre coordenação do cuidado, nos três níveis, foram sintetizados na Tabela 4. Em suma, a coordenação entre municípios era incipiente, posto que os resultados, nas diferentes fontes de informação, detectaram que mecanismos de compartilhamento de informações clínicas, fundamentais para a continuidade do cuidado, resumiam-se às guias de encaminhamento, aos laudos de exames e ao relato verbal do próprio usuário, após consulta com especialista. Além disso, convivía-se com um modelo médico-centrado e, paradoxalmente, muitas USF “sem médico” ou médicos restritos a poucos turnos semanais.

As entrevistas com gestores foram convergentes com grupos focais com profissionais ao apontarem que na Estratégia Saúde da Família (ESF) especialmente médicos eram responsáveis pelas referências, por meio de guias de solicitação, mediados por centrais de marcação de consultas que restringiam os encaminhamentos às regras administrativas sem possibilidade de escolha entre os prestadores. Nesse aspecto, as práticas na ESF parecem não diferir das práticas dominantes na rede básica tradicional apontadas em outros estudos avaliativos^{35,36,37}. Ainda assim, não foram identificadas nas entrevistas e observações na CIR ações voltadas a tornar a ESF coordenadora do cuidado.

Gestores afirmaram que médicos agiam como gatekeeper no sentido da obrigatoriedade de sua referência para que usuários acessassem outros pontos da rede, entretanto, sem lograr mecanismos articulados entre diferentes níveis, ou seja, sem continuidade e sem coordenação, limitados à função burocrática e constrangidos pela insuficiência de vagas/cotas. No fragmento, profissionais apontam para um acesso racionado pela oferta: “...a demanda de ultrassonografia é muito grande e o quantitativo de vagas oferecido é muito pouco. Tem que ficar selecionando” (GF-P3).

Assim, os mais prejudicados eram usuários que procuravam a porta mais acessível para expor sua demanda, em momentos de grande fragilidade, ficando vulneráveis e propensos a serem manipulados, revertendo um direito num suposto favor. Essa evidência convergiu entre gestores, profissionais e usuários. De forma emblemática, usuários expõem a manipulação política na oferta de vagas: “...tem uma pessoa na cidade que é vista por muitos pacientes como uma deusa. Diz ela, que é porque tem muito conhecimento com os médicos. E as pessoas iludidas acabam deixando de buscar o lugar correto. E não só existe ela, exis-

Tabela 2

Matriz para análise da gestão do cuidado integral em rede regionalizada de saúde – Coordenação do cuidado. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2012.

Nível político-institucional Critérios/Indicadores	Nível organizacional Critérios/Indicadores	Nível das práticas Critérios/Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia de incentivo e fomento para expansão da cobertura e adequação da ESF na região; • Estratégia para adequação da estrutura física e gerencial das USF nos municípios da região; • Estratégias para ampliação do escopo da ESF; • Estratégias para que a referência via equipes de saúde da família seja requisito para acessar os demais níveis; • Estratégia para que o usuário seja acompanhado pela equipes de saúde da família em todos os níveis e permaneça ao longo do tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência e aplicação de metas regionais de expansão da cobertura e fortalecimento da ESF; • Existência de adequação das USF para as ações da equipes de saúde da família na região; <ul style="list-style-type: none"> • Conectividade nas USF; • Incentivo financeiro à gerência compartilhada USF; • Municípios que aderiram ao PMAQ; • Existência/tipo de incentivo para incorporação de apoio às equipes de saúde da família; <ul style="list-style-type: none"> • Incorporação de equipamentos e insumos à USF para aumento de adensamento tecnológico da ESF; • Existência de incentivo ao trabalho multiprofissional e apoio institucional; • Mecanismo de regulação que atrela à equipes de saúde da família os encaminhamentos para as consultas especializadas; • Critérios para valorização do papel de filtro da equipes de saúde da família; • Existência de mecanismo para incentivar coordenação/longitudinalidade da equipes de saúde da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pessoas cadastradas por equipes de saúde da família; • Existência de equipes de saúde da família completa nas USF; • Exigência e cumprimento da carga horária por médicos e outros profissionais das equipes de saúde da família; • Existência suficiente de ACS nas microáreas; <ul style="list-style-type: none"> • Existência de atividades gerenciais compartilhadas por toda equipes de saúde da família; • Números de equipes de saúde da família cadastradas no PMAQ; • Existência de apoio matricial às equipes de saúde da família; • Critérios para encaminhamentos para acessar as consultas especializadas; • Profissionais dos demais pontos reconhecem o papel de filtro da equipes de saúde da família; • Suporte tecnológico disponível para equipes de saúde da família encaminharem a outros níveis; • Forma acompanhamento do usuário ao longo do tempo por equipes de saúde da família; • Forma de contato rotineiro de usuários para prevenir complicações de problemas crônicos; • Forma/critério para garantia da consulta de retorno após consulta em outro nível; • População reconhece a equipes de saúde da família como referência habitual; • Formação adequada dos profissionais.

ACS: agentes comunitários de saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; USF: unidades de saúde da família.

tem outras pessoas também que trabalham em cima da politicagem” (GF-U3).

Em contraste, em países europeus organizados por sistemas nacionais de saúde é comum que a porta de entrada seja uma unidade de atenção primária à saúde, que utiliza a prerrogativa de filtro (*gatekeeper*) para encaminhamento dos usuários aos demais pontos da rede, facilitando, assim, a coordenação por um médico generalista ³⁸.

Observações na CIR e USF, relatórios de gestão, entrevistas com gestores e grupos focais convergiram na perspectiva de reconhecer a insuficiência de médicos para as ações e serviços na ESF, notadamente nos menores municípios da

região e unidades da zona rural. De forma ilustrativa, um gestor municipal fala sobre a adesão médica condicionada ao salário “...*não se acha profissional médico. E o valor é lá em cima, o município não tem condições de arcar com o médico para ficar de 2ª a 6ª*” (Ent.3-GM). A dificuldade de atração e fixação de médicos, atrelada à ausência de política consistente de gestão do trabalho abria espaço para acordos informais, entre gestores e profissionais, que “autorizam” redução na carga horária, flexibilização das funções a serem desenvolvidas, pagamento de salários acima da média, colaborando para aumentar a rotatividade de profissionais e competição entre municípios. Tal perspectiva é sinalizada, também, por

Tabela 3

Matriz para análise da gestão do cuidado integral em rede regionalizada de saúde – Integração e regulação assistencial. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2012.

Nível político-institucional Critérios/Indicadores	Nível organizacional Critérios/Indicadores	Nível das práticas Critérios/Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia para oferta de serviços, buscando superar os vazios assistenciais; • Estratégia para fortalecer a rede própria (pública) de serviços especializados; • Estratégias para implantação e qualificação de central de regulação e marcação de consultas e exames especializados na região; • Estratégias para implantação e qualificação de central de regulação e controle de leitos; • Estratégias para implantação, qualificação e uso de protocolos clínicos, prontuário eletrônico; • Estratégia de monitoramento das filas de espera para atenção especializada; • Estratégia para distribuição e/ou oferta adequada de SADT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração horizontal para obter ganhos de escala; • Substituição dos pontos de atenção (baixa escala); • Critérios de priorização dos serviços especializados; • Oferta de leitos públicos hospitalares e UTI; <ul style="list-style-type: none"> • Pronto-atendimentos regionalizados; • Incorporação tecnológica nos serviços; • Oferta assistencial de serviços alternativos na área ambulatorial (mutirões, unidades móveis); • Existência e funcionamento de SAMU regional; • Centro de especialidades público à demanda regional; • Central informatizada de regulação e marcação de consultas e exames especializados; <ul style="list-style-type: none"> • Central de regulação/controle de leitos e internações; • Instrumentos de referência e contrarreferência; <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário eletrônico e protocolos clínicos; • Monitoramento de filas de espera para atenção especializada; <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de SADT; • Telessaúde visando ao apoio aos profissionais; <ul style="list-style-type: none"> • Transporte para realização de cuidados eletivos e/ou rotineiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxos usados por usuários para acessar os diferentes pontos da rede pública; <ul style="list-style-type: none"> • Critérios para suporte do SAMU; • Suficiência na oferta de vagas no centro de especialidades público; • Mecanismo usado pela equipes de saúde da família para marcação de consultas e exames especializados fora do município; • Mecanismo usado pela equipes de saúde da família para internamento; <ul style="list-style-type: none"> • Existência e uso de referência e contrarreferência entre equipes de saúde da família e serviços especializados; • Formas de contato formal e informal entre equipes de saúde da família e diferentes pontos; <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário eletrônico nas USF; • Uso de protocolos clínicos; • Monitoramento de lista de espera para consulta e exames especializados pela equipes de saúde da família; <ul style="list-style-type: none"> • Critérios utilizados pela equipes de saúde da família para acesso à atenção especializada, hospitalar e serviços de ponto-atendimento na região; • Critérios de acesso pelo usuário aos SADT na região; <ul style="list-style-type: none"> • Uso do telessaúde nas USF visando ao apoio às equipes de saúde da família

SADT: Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; USF: unidades de saúde da família; UTI: unidade de tratamento intensivo.

profissionais: “*nós [médicos] temos um salário bom no interior, um salário que a gente não tem na cidade maior. Conseguimos trabalhar uma carga horária menor. Eu trabalho três dias na semana...*” (GF-P2).

A atração e fixação de médicos, para atuarem na atenção primária à saúde, particularmente em zonas remotas e desfavorecidas, não é um problema exclusivo do Brasil, ao contrário, é um desafio na maioria dos países americanos³⁹ e europeus^{40,41}. Na região estudada, superpõem-se três questões críticas da gestão do trabalho médico no SUS: insuficiência de médicos em relação ao total da população, distribuição desigual nas diferentes regiões (grandes centros, pequenos municípios e zonas rurais) e inadequação na

formação médica para atuação em atenção primária à saúde. Um grupo focal ressalta a problemática da formação “*...quem devia trabalhar em ESF é quem tinha formação em ESF. Mas (...) todo mundo que se forma, o primeiro galho que pega é ESF. Isso, enquanto não forma e faz residência*” (GF-P4).

Na região, conforme atas da CIR e entrevistas com gestores, não havia exigência de formação específica, nem acúmulo de experiências para trabalhar na ESF. Além disso, os dados apontam como justificativas para não permanência e rotatividade de médicos, as condições de trabalho, carga horária considerada elevada, salários percebidos como incompatíveis com as funções as ESF, sobrecarga de trabalho, dificuldade para

Tabela 4

Síntese de resultados – Coordenação do cuidado. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2012.

Nível político-institucional	Nível organizacional	Nível das práticas
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo/fomento estadual para expansão da cobertura ESF, construção/ adequação de USF (RAG; atas, E-G, GF-G); • Apoio institucional aos municípios para expansão e consolidação da ESF (RAG; atas, E-G, GF-G); • PMAQ como estratégia de organização da ESF para torná-la porta de entrada preferencial (RAG; atas, E-G, GF-G); • Financiamento insuficiente para aquisição de equipamentos/ insumos para melhoria de ações em USF (RAG; atas, E-G, GF-G); • “Acolhimento pedagógico” e educação permanente para sensibilizar e qualificar as práticas das equipes de saúde da família (RAG; atas, E-G, GF-G); • Cursos EAD em Linhas do Cuidado para aumentar a resolubilidade clínica de equipes de saúde da família (RAG; atas, E-G, GF-G); • Não havia mecanismos debatidos na CIR para fortalecer a atenção primária à saúde como porta de entrada preferencial (obs-CIR, RAG, atas); • Incentivo financeiro federal e apoio técnico da SESAB para implantação de NASF, equipes de saúde bucal e Academias da Saúde para aumentar a abrangência de atuação da ESF (RAG, atas, obs-CIR, E-G, GF-G); • Majoração dos valores dos serviços prestados pelos prestadores privados contratados. Rede privada e médicos com alto poder de barganha sobre o setor público (obs-CIR, RAG, atas, E-G, GF-G); • Forte influência do setor privado na prestação de serviço na região por conta da baixa oferta de serviço público. Presença de “agenciadores” que negociam pagamentos entre SMS e médicos para realização de procedimentos no SUS (obs-CIR, E-G, GF-G, GF-P, GF-U, atas); • Pactuação restrita à lógica da oferta (obs-CIR, E-G, GF-G, RAG, atas); • Implantação do Observatório Baiano de Regionalização (RAG, atas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Não havia metas específicas de expansão da cobertura e adequação da ESF. Cada município definia metas/estratégias de ampliação de cobertura da ESF (RAG, atas, obs-CIR, E-G, GF-G); • Todos os municípios aderiram ao PMAQ (E-G, GF-G, RAG, atas); • Não havia conectividade entre USF e outros pontos da rede. Poucas USF informatizadas e conexão resumida à marcação de consultas com CMC (obs-CMC e USF, E-G, GF-G); • Apoio técnico da DIRES ao trabalho multiprofissional e apoio institucional às equipes de saúde da família (atas, E-G, GF-G, GF-P); • Regulação regional atrelava (com brechas) às equipes de saúde da família os encaminhamentos às especialidades via CMC, mediante pactuações por PPI (E-G, GF-G, atas); • Ações isoladas para revisão das listas de espera nas USF e reclassificação dos usuários conforme prioridades em “guias de solicitação” (E-G, GF-G, GF-P); • Disputas entre municípios por médicos e salários desiguais entre profissionais comprometia a coesão de equipes de saúde da família e geravam rotatividade (E-G, GF-G, GF-P, obs-CIR, atas); • NASF em número insuficiente (10 equipes) em sete municípios (RAG, atas, E-G, GF-G, GF-P); • Estabelecimentos (hospitais e/ou pronto atendimento) de suporte que possibilitam o atendimento em dias/horários que a USF não funcionava, mas sem o encaminhamento do usuário à USF de origem. Trabalho sem integração com a atenção primária à saúde (RAG, obs-CIR, E-G, GF-G, GF-P); • Não havia mecanismos para valorização do papel de filtro das equipes de saúde da família na rede regional como padronização de ferramentas de gestão da clínica (obs-CIR, E-G, GF-G, RAG, atas); • Não havia propostas desenvolvidas regionalmente para ampliação de ações extramuro. Ações nesta direção eram demandas isoladas dos municípios ou definidas nas equipes (E-G, GF-G, GF-P, obs-CIR, atas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de famílias por equipes de saúde da família era variável nos municípios (Tabela 1). Muitas equipes de saúde da família trabalhavam acima do mínimo, sobretudo na sede regional (RAG, E-G, GF-G, GF-P, obs-CIR); • ESF não era a única entrada para o primeiro contato, nem a preferencial para acesso (RAG, E-G, GF-P, GF-U, obs-CIR); • ACS agendava consultas para usuários de áreas distantes, geralmente zona rural. ACS responsável por comunicar dias de marcação de consultas (E-G, GF-G, GF-P); • Diversas equipes de saúde da família incompletas de médicos. Outras com médico em alguns turnos e/ou dias, favorecendo a busca por outras portas de entrada (RAG, E-G, GF-P, GF-U, obs-CIR); • Problemas na acomodação de usuários, falta de climatização, entretenimento/layout pouco atrativos. USF simplificadas. Preenchimento manual de guias, notificação, prontuários etc. (obs-USF, RAG, GF-P, GF-U, E-G); • Marcação de consultas para atendimento na USF/ USB manual e presencial, ou via ACS (obs-USF, GF-P, GF-U, E-G); • Não havia coleta para exames laboratoriais nas USF, salvo casos pontuais (GF-P, GF-U, E-G); • Dificuldade no transporte e disponibilidade de médicos para as visitas (E-G, GF-P, GF-U); • Havia acompanhamento de acamados na área de abrangência (GF-P, GF-U, E-G); • Profissionais dos demais pontos da rede não reconheciam/valorizam e sobrepunham-se ao papel de filtro das equipes de saúde da família (GF-P, E-G); • Contrarreferência muito precária. As equipes de saúde da família não compartilham informações clínicas com a rede (E-G, GF-P); • Não havia busca ativa de egressos hospitalares (GF-P, E-G); • Priorização de necessidades independente da ordem de chegada às USF, mas não atrelado à avaliação clínica, centrado na queixa do usuário (GF-U, GF-P, E-G, obs-USF); • Equipes de saúde da família com fragilidades técnicas e no suporte tecnológico para atender à população em diferentes fases da vida e em distintas situações de saúde e doença (GF-P, GF-U, E-G, obs-USF e CIR).

ACS: agentes comunitários de saúde; CIR: comissões intergestores regionais; CMC: centrais de marcação de consultas; DIRES: Diretoria Regional de Saúde; EAD: educação à distância; ESF: Estratégia Saúde da Família; E-G: entrevista semiestruturada com gestor (estadual, municipal e regional); GF-G: grupo focal com gestor estadual; GF-P: grupo focal com profissionais; GF-U: grupo focal com usuários; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; obs: registro de observações; PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; PPI: programação pactuada e integrada; RAG: Relatório Anual de Gestão; SESAB: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; SMS: secretarias municipais de saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; USB: unidades de saúde bucal; USF: unidades de saúde da família.

obter suporte de especialista, pouca identificação com medicina da família, além do vínculo de trabalho precário e certo isolamento dos pares. Tais achados são convergentes com outros estudos ^{42,43}. No Canadá, por exemplo, a satisfação entre médicos de família tem importante implicação para sustentabilidade e eficiência dos serviços, bem como é determinante na retenção ou rotatividade dos médicos, podendo afetar no desempenho dos mesmos e no interesse de jovens médicos optarem pela carreira ⁴⁴.

As USF, segundo relatórios de gestão e observações nos municípios, localizavam-se preferencialmente em zonas periféricas e rurais, por conseguinte abarcavam uma população de menor renda e com um conjunto de necessidades sociais básicas (saneamento, habitação, educação etc.) não atendidas pelo poder público, exigindo competência dos profissionais para além da assistência à saúde *stricto sensu*. Ainda assim, mesmo quando localizadas em territórios com pessoas de diferentes estratos sociais em sua área de abrangência, as USF são acessadas de maneira seletiva e focalizada ⁴⁵, de tal forma que a busca é maior em populações com menor nível socioeconômico e sem cobertura por seguro privado ⁴⁶.

Além da restrição de médicos, horários de funcionamento das USF contribuíam para a dificuldade de acesso de grupos que trabalhavam, estudavam ou exerciam atividade em horário comercial. A adscrição por área de residência torna-se um entrave a pessoas que cumprem alguma atividade laboral em áreas distantes da USF de referência, requerendo dos gestores e profissionais plasticidade na organização da oferta. Usuários sintetizaram tal realidade: “...se tiver com consulta marcada menos mal, mas se adoecer de repente e chegar lá [USF], de repente, ser atendido, não é fácil não. (...) a gente acaba ficando em casa com chazinhos. É que tem muita gente que tem prioridade. Eu até evito. Eu só venho [na USF] no último caso” (GF-U4). Esses aspectos fragilizam a USF como locus de primeiro contato e busca regular, por contribuir para que usuários procurem outros serviços, particularmente o de pronto-atendimento, mesmo nos casos de problemas que poderiam ser resolvidos no âmbito da atenção primária à saúde.

Essa miríade de fatores objetivos e subjetivos repercute nas escolhas dos usuários e disposição para elegerem a USF como prioridade na rede.

Dispositivos para integração e regulação assistencial na região de saúde

Os principais resultados sobre integração, nos três níveis, foram sintetizados na Tabela 5. As diferentes fontes indicam que a integração es-

barrava no subfinanciamento público com restrição de serviços especializados. De acordo com observações, atas da CIR e gestores, constatou-se que a população que necessitava de assistência convivia com problemas de acesso que comprometiam a continuidade da atenção em decorrência, também, da fragmentação entre diferentes pontos e desarticulação com a ESF.

Esse mosaico de problemas parece partilhar de gênese comum, sendo consequência da indefinição de um modelo de atenção coerente com a gestão do cuidado em todos os níveis. Um grupo de usuários alertou para o tempo de espera para exames especializados: “o doutor me pediu ultrassom da mama e eu não conseguia fazer. Porque eu vim [na USF] várias vezes para marcar e o rapaz falava: ‘Hoje está fora do sistema, hoje não tem vaga, vem dia 20’. Eu vim três meses seguidos, mas todo dia 20 eu vinha e não conseguia. Desisti!” (GF-U3). Especificamente em relação ao exame de ultrassonografia mamária, a dificuldade no acesso decorria da insuficiência na oferta do serviço na região.

Segundo gestores, a programação pactuada e integrada (PPI) mostrava-se com limites decorrentes na defasagem do financiamento, mas notadamente por não lograr reverter questões de vazios assistenciais e reproduzir os problemas já cristalizados na rede. Apesar disso, a PPI é uma ferramenta importante na racionalização dos recursos financeiros e alocação territorial dos serviços conforme escala e escopo ⁴⁷, todavia não estava atrelada a planejamento locorregional que buscasse transformar o núcleo tecnológico procedimento-centrado numa matriz tecnológica que incidisse na forma de produção do cuidado nos territórios e captasse as necessidades da população. Tais questões estão sintetizadas pelo gestor municipal: “PPI é questão de dividir o bolo para muita gente, sem ter como todo mundo pegar uma fatia (...). PPI não tem aumento de recurso, faz uma distribuição, aloca recurso de oferta dentro da região, um recurso já existente, que aí redistribui, tirando de um e colocando para outro” (Ent.7-GM).

Em contraste, há dificuldades de referenciamento no SUS mesmo nas regiões ricas, com diversidade de prestadores e farta oferta de serviços de média e alta densidade ⁴⁸. Esses achados corroboram a necessidade de mudança no núcleo tecnológico do cuidado que modelou os níveis político, organizacional e das práticas na região e que revelou certa inércia dos gestores perante problemas locorregionais, como se eles não fossem passíveis de superação. Tal perspectiva fica marcada no fragmento de um gestor estadual: “Termo de Compromisso de Gestão, (...) no que de fato isso implicou para o gestor municipal?”

Tabela 5

Síntese de resultados – Integração e regulação assistencial. Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2012.

Nível político-institucional	Nível organizacional	Nível das práticas
<ul style="list-style-type: none"> • Há construção, pela SESAB, de novos hospitais públicos regionais. SESAB tem outras iniciativas como: requalificação dos hospitais de pequeno porte nas regiões de saúde; implantação de CAPS-IA estadual (RAG, E-G, GF-G); • Ampliação do quadro de pessoal da CER de 330 para 417. Aumento no número de médicos reguladores (RAG, E-G, GF-G); <ul style="list-style-type: none"> • Assessoramento da SESAB aos municípios para implementação do Sistema de Regulação da Saúde. SESAB propõe cooperação técnica com os municípios em regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde (RAG, E-G, GF-G); • SESAB propõe a informatização das USF, viabilizando a implantação de prontuários eletrônicos e outras tecnologias de informação e comunicação, a exemplo do Telessaúde (RAG e atas); • SESAB propõe a rede de urgência e emergência integrada às linhas de cuidado e orienta a implantação da Rede Cegonha (RAG, E-G, GF-G, obs-CIR); • Não há uma estratégia institucional clara da SESAB para integração e utilização das informações para a gestão regional. Contudo, há metas definidas para uma PPI revisada periodicamente. Monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde (RAG); • SESAB tem como iniciativa: ampliação do acesso da população ao TFD; ampliação da cobertura do SAMU regional (cobertura de 77,4% na Bahia); ampliação da frota de ambulâncias; transporte seguro de neonatos em situação de risco implantado no SAMU (RAG). 	<ul style="list-style-type: none"> • As escalas mínimas capazes de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade na região ficam restritas aos tetos financeiros de cada município e as pactuações por série histórica. Há dificuldade na oferta de algumas especialidades e a dependência da oferta privada complementar ao SUS (RAG, atas, obs-CIR, E-G, GF-G); <ul style="list-style-type: none"> • CEMAE é o principal centro público de especialidades para a demanda regional. Há outras unidades públicas em outros municípios que ofertam especialidades ou contratam serviços diretamente de profissionais, mas com oferta residual (E-G, GF-G, obs-CIR, atas); • Os prestadores públicos (rede própria) não ofertam serviços que garantam atender às necessidades da população da região. Por isso, contratam serviços de prestadores privados que ocupam uma importante proporção da oferta de serviços, sobretudo os mais lucrativos (E-G, GF-G, obs-CIR, atas, RAG); • Existe e está em funcionamento, em Vitória da Conquista, central informatizada de regulação e marcação de consultas e exames especializados para região (RAG, atas, E-G, GF-G); • Incipiência de contrarreferência nos municípios. Não há planejamento, nem discussão na CIR que preveja a utilização desses instrumentos de forma integrada na rede regional (GF-P, E-G, GF-G); • Não existe monitoramento das filas de espera para atenção especializada e mecanismo para sua redução. A decisão pelo monitoramento não é debatida na CIR sendo dependente da decisão de cada município e/ou equipes de saúde da família (GF-P, E-G, GF-G, atas, obs-CIR); • Fluxo formalizado para acesso à atenção especializada, hospitalar e serviços de pronto atendimento na região. Rede de urgência e emergência bem avançada. Apesar dos fluxos formais, há inúmeros desvios de trajetórias, sendo pauta de reclamação na CIR (atas, E-G, GF-G, obs-CIR, GF-P); • Oferta de transporte para cuidados eletivos e rotineiros, mas sob disposição de cada município (E-G, GF-G, GF-U, obs-CIR). 	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU pode ser solicitado por equipes de saúde da família para base mais próxima do município, pois o serviço é regionalizado. A população aciona o serviço, particularmente nos horário e turno sem funcionamento das USF (E-G, GF-G, GF-P, GF-U, obs-CIR, atas, RAG); <ul style="list-style-type: none"> • Equipes de saúde da família agendam consultas, quando informatizadas, na própria USF (exceção de exames de alto-custo e para fora do município de residência). equipes de saúde da família, com USF não informatizadas, solicitam as consultas por “guia de solicitação” à CMC local. CMC nos pequenos municípios estão conectadas com a CMC regional e estadual e agendam consultas on-line conforme disponibilidade de vagas (atas, obs-USF e CIR, E-G, GF-G, GF-P); • Municípios de pequeno porte solicitam internação de usuários que precisam de cuidados hospitalares à central de regulação de leitos e internação, em Vitória da Conquista, por meio de sua CMC local, por meio de hospital de pequeno porte localizado em seu território ou, ainda, por unidade de SAMU. Todos transmitem um fax para o médico regulador (E-G, GF-G, obs-CIR); <ul style="list-style-type: none"> • Médicos especialistas resistentes ao uso de contrarreferência (E-G, GF-G, GF-P, GF-U); • Não há disponibilidade de prontuário eletrônico nas USF (E-G, GF-G, GF-P, obs-USF); <ul style="list-style-type: none"> • De maneira informal, para agilizar o acesso às especialidades, profissionais ligam para colegas, solicitam a intermediação da SMS ou coordenadores de centros de especialidade/hospitais para resolver prioridades (E-G, GF-G, GF-P); • Uso de protocolos clínicos pelas equipes de saúde da família para facilitar e garantir condutas clínicas “mais seguras” e integradas à região é restrito a poucos profissionais. Protocolos utilizados são ministeriais ou propostos pela SESAB. Solicitações para especialidades não são balizadas por protocolos (GF-P, E-G, GF-G); <ul style="list-style-type: none"> • Existe o monitoramento de lista de espera para consulta e exames especializados pela equipes de saúde da família em alguns municípios. A falta de informatização das USF dificulta esse processo (GF-P, E-G, GF-G); • Longos tempos de espera para alguns exames/procedimentos abrem espaço para acesso via clientelismo ou via “atravessadores” sem critério clínico de prioridade (E-G, GF-G, GF-U, GF-P, atas).

CAPS-IA: Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência; CEMAE: Centro Municipal de Atendimento Especializado; CER: Central Estadual de Regulação; CIR: comissões intergestores regionais; CMC: centrais de marcação de consultas; E-G: entrevista semiestruturada com gestor (estadual, municipal e regional); GF-G: grupo focal com gestor estadual; GF-P: grupo focal com profissionais; GF-U: grupo focal com usuários; obs: registro de observações; PPI: programação pactuada e integrada; RAG: Relatório Anual de Gestão; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SESAB: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; SMS: secretarias municipais de saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; USF: unidades de saúde da família; TFD: tratamento fora de domicílio.

Não enxergo absolutamente nada! Ficou cartorial e nada avançou. (...) garantiu a construção desse espaço [CIR], instância colegiada e representativa (...), mas não necessariamente com corresponsabilidade” (Ent.15-GE).

Para gestores e observações na CIR, o subfinanciado e a não regulação da formação dos profissionais e de suas especialidades conforme necessidade para oferta pública desdobravam-se em baixa oferta em serviços de média e alta densidade tecnológica, dificuldades na disponibilidade de médicos e algumas especialidades. A restrição de profissionais e determinados serviços especializados reverberam numa supervalorização financeira e simbólica, tornando-os produtos com elevado “valor de troca”. Para ofertá-los, presos unicamente à PPI, os gestores comprometiam os tetos financeiros, não conseguiam atender a demanda que, por sua vez, tende a aumentar, ou seja, permanecem num círculo vicioso, pois retroalimentam as iniquidades.

Além disso, abre-se espaço para importante mercado da saúde em estreita simbiose com o sistema público^{48,49}. Somado a isso, os problemas da ESE, discutidos na seção anterior, não apontam para desconstrução dessa lógica produtora de demandas. Ao invés disso, por um lado as equipes tinham dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade e a resolubilidade dos casos, com consequente prolongamento e, até, agravamento dos problemas. Em síntese, ao lado dos casos novos, havia um estoque de problemas que não se resolviam e que, ao mesmo tempo, retornavam ao ponto de partida, vale dizer, novas demandas por serviços especializados e oferta insuficiente para atendê-las, modelando uma espécie de espiral de necessidades.

Em relatórios e atas da CIR, encontrava-se um conjunto de serviços integrados numa rede formal e com base territorial definida, mas que na prática funcionavam de maneira fragmentada e sobreposta, com fluxos comunicacionais incipientes que não viabilizam a coordenação do cuidado e, por conseguinte, a continuidade da atenção. Para gestores, nos pequenos municípios a integração mostrava-se mais frágil, visto que eles, na maior parte das vezes, eram apenas o financiador via PPI, ficando as funções de prestador e regulador nas mãos dos municípios de referência. Além disso, apenas quatro municípios assumiam o comando único e geriam os recursos para a média densidade. O trecho selecionado sintetiza a fala de um gestor regional: “...municípios assumiram, outros não [comando único]. Não assumiram por vontade própria, em alguns casos por orientação da própria coordenação estadual, porque são municípios, ainda, muito inci-

ipientes na gestão (...) por falta de preparo de quem está no poder” (Ent.13-GR).

Para forjar uma rede que atendesse às necessidades assistenciais, num contexto de insuficiência na oferta, constatou-se a existência de centrais de regulação e marcação de consultas de âmbito regional (sede da região) e local (distintos municípios) que operavam, segundo gestores e observação na CIR, restringindo a oferta aos tetos pré-acordados. Tal racionalidade visava partilhar a oferta segundo poder de compra de cada município. Portanto, a oferta não tinha relação estreita com o perfil epidemiológico e com a necessidade de fato. Apesar disso, estudos indicam que centrais de regulação e marcação de consultas representam importante avanço enquanto instrumento de integração, pois permitem acesso regulado e fluxos formais aos serviços especializados⁵⁰.

Na região, gestores e profissionais concordaram que o processo de regulação/priorização das consultas iniciava-se nas USE, mesmo não informatizadas, em seguida nas CMC locais e, por fim, na CMC regional, mediante avaliação de médico regulador. Tal descentralização permitia um olhar atento às necessidades mais prementes e a diminuição do tempo de espera aos casos mais urgentes/prioritários. Segundo profissionais, a insuficiência na oferta de serviços implicava uma “priorização das prioridades” gerando conflitos éticos. Além do que, para gestores, profissionais e usuários, abria-se espaço para mecanismos informais entre médicos, práticas clientelistas, ou forçava o próprio usuário a buscar alternativas, promovendo iniquidades. O clientelismo, segundo gestor municipal, era uma marca: “*interferência política num município pequeno é bastante presente. Às vezes, é um vereador que chega: ‘Ah! dá um jeitinho aí. É claro que as meninas [CMC] vão ter que dar um jeitinho’*” (Ent.4-GM).

Observou-se, ainda, a fragilidade das CMC nos pequenos municípios, nas quais o técnico-marcador (sem formação específica em saúde) fazia os agendamentos conforme descrição médica nas guias e, paralelamente, assumia importante papel discricionário na priorização de vagas. Ressalta-se que, segundo gestores e profissionais, a participação das equipes de saúde da família na regulação era coadjuvante, uma vez que a priorização era fruto de contingência na oferta que, aliada à incipiência de instrumentos para continuidade informacional não contemplava a coordenação entre níveis. A ausência de instrumentos comunicacionais entre níveis, bem como a fragilidade na organização do trabalho das equipes de saúde da família, sobretudo de médicos, comprometem o atributo da coordenação e favorece a inadequação de diagnósti-

cos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos usuários, tanto quanto produz uma sensação de desconfiança dos usuários e profissionais, por conta de processos de trabalhos desarticulados, barreiras administrativas que geram perda de tempo e comprometem a continuidade⁵¹.

Na região analisada, observou-se a ausência de prontuários eletrônicos nas USF e centros de especialidades, falta de conectividade entre os diversos pontos da rede, uso limitado de protocolos clínicos que, por sua vez, segundo gestores e profissionais, restringiam o contato entre generalistas e especialistas às referências formais ou contatos informais. Para gestores e profissionais, não havia uso sistemático de contrarreferência, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes profissionais. Esses achados revelam uma grande debilidade na região, pois diferentes estudos destacam os instrumentos informativos como mecanismos fundamentais ao processo de fortalecimento da integração dos serviços e coordenação do cuidado^{50,51,52}.

A deficiência na coordenação do cuidado também era afetada na forma de integração hierárquica (ao invés de rede interdependente) entre a ESF e centros de especialidades. Para gestores e profissionais, não existia contato do médico da USF com especialistas que, por sua vez, não valorizavam o trabalho do generalista. Nesse aspecto, o sucesso na coordenação via atenção primária à saúde depende, também, do prestígio/credibilidade que médicos generalistas desfrutam entre o coletivo de médicos especialistas e com a sociedade⁵³.

Na região, no principal prestador público de serviços especializados, o vínculo trabalhista de médicos era por contrato temporário, gerando rotatividade, e diferentes profissionais concentravam suas atividades em poucos turnos na semana, realizando uma clínica prescritiva (produtora de demandas) e desarticulada da atenção primária à saúde (sem fluxo informacional), além de se comportarem como prestadores autônomos, sem sinergia com a rede. Um gestor municipal descreve tal cenário: *"...temos aqui [centro de especialidades] uma miscelânea de profissionais. (...) cada médico quer ter uma conduta, quer colocar sua norma, como ele trabalha na rede particular (...). A rotatividade é grande, existem profissionais que vêm para o SUS para fazer nome"* (Ent.8-GM).

Em observação, constatou-se que a organização interna do serviço de especialidades também dificultava uma maior coesão entre prestadores de serviços (médicos especialistas) e demais pontos da rede porque não havia registros

eletrônicos das informações que permitissem compartilhamento entre diferentes níveis, e os prontuários clínicos, além de preenchidos manualmente, eram de difícil acesso, mesmo para os profissionais do próprio estabelecimento.

Vale notar, segundo gestores e observações na CIR, que as estratégias locais para superar a insuficiência na oferta, ainda que importantes e fundamentais, contraditoriamente não fortaleciam a integração e corroíam a coordenação, pois não logravam envolver as equipes de saúde da família ou limitavam sua participação ao processo de revisão das guias de solicitação para reclassificação das prioridades. Entre as estratégias para aumentar a oferta, os gestores destacaram a compra de consultas/exames da rede privada e realização de mutirões, particularmente nas especialidades com maior tempo de espera. Ambas as táticas aumentam a oferta e resolvem problemas pontuais de acesso, mas tendem a apresentar resultados transitórios, dado que não modificam o padrão de produção do cuidado, não alteram o núcleo tecnológico do processo de trabalho, não envolvem interação de projetos terapêuticos entre os níveis e, por fim, tornam-se barreiras à coordenação do cuidado.

Considerações finais

Na região de saúde, pontos de atenção secundária e sistema de apoio atuavam de forma fragmentada da atenção primária à saúde, com fluxos comunicacionais deficientes entre si ou mesmo com ausência informacional entre os profissionais e/ou serviços. Tal questão afetava as tentativas de integração e comprometiam a longitudinalidade do cuidado. A relação entre equipes de saúde da família e especialistas se fazia por meio de precário fluxo burocrático de preenchimento de impressos, mediada por centrais de marcação de consultas. Tais evidências expõem a carência de instrumentos de integração que, por sua vez, obstrui as possibilidades de coordenação entre níveis.

Percebe-se, de modo intrigante, que no processo de regionalização há o esmaecimento da coordenação do cuidado. Isso porque a coordenação pela atenção primária à saúde requer definição do caminhar do usuário ao longo da rede com base na avaliação da equipe de saúde da família, fluxos instituídos e mecanismos de articulação bem estabelecidos entre os níveis. Porém, em redes regionais, os fluxos intermunicipais se dão por mediação administrativa, ou seja, o profissional de atenção primária à saúde se configura como coordenador restrito, quando muito, ao espaço intramunicipal. Sen-

do assim, quanto mais o município necessitar de outros entes federados para prestação de serviços, mas frágil será a coordenação clínica da atenção primária à saúde, sobretudo quando os mecanismos comunicacionais são precários, as equipes não sabem ou não têm para onde encaminhar os usuários. Nessa lógica, não há como existir coordenação e passa-se a ter somente muitos encaminhamentos.

Essa condução explicita uma rede fracionada, pouco resolutiva e, em certa medida, que não conseguia desobstruir as agendas, pois congestionava os fluxos em todas as direções e, em consequência, reverberava na crônica insuficiência de vagas, no mau uso do recurso público e na insatisfação de gestores, profissionais e usuários.

Destaca-se como ponto forte da pesquisa o desenvolvimento de estudo de caso que investiga a ESF num contexto de região de saúde, ressaltando a posição da ESF nas políticas de integração de serviços numa região de saúde. As

investigações acerca da coordenação do cuidado, no Brasil, de maneira geral, abordam a relação entre profissionais da atenção primária à saúde e profissionais de outros níveis em cenários intramunicipais. Nesse ínterim, investigar os limites e possibilidades advindas de contextos de redes regionalizadas traz importantes indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde. Salienta-se que não foram encontrados outros estudos de caso sobre o tema na literatura revisada.

Por fim, a opção pela pesquisa qualitativa não é suficiente para análise de todos os elementos de uma rede regionalizada para compreensão da gestão do cuidado integral, requerendo outras abordagens para ampliar o escopo dos dados e, assim, possibilitar uma triangulação de métodos. Sugere-se, também, ampliar o estudo para diferentes regiões de saúde e realizar uma análise comparada entre essas, aumentando a validade externa.

Colaboradores

A. M. Santos realizou a pesquisa como parte da tese de doutorado, analisou os dados, redigiu e organizou o artigo. L. Giovanella orientou a pesquisa, participou da concepção e revisou o artigo.

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes do estudo.

Referências

- Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ* 2009; 13 Suppl 1:545-55.
- Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S331-6.
- Machado CV, Lima LD, Viana ALA, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:642-50.
- Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2317-26.
- Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizadora. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.
- Vianna RP, Lima LD. Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis (Rio J.)* 2013; 23:1025-49.
- Viegas SME, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:181-90.
- Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis (Rio J.)* 2010; 20:953-72.
- Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSE, Moraes MLS, Barboza R. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:925-34.
- Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspect* 2008; 22:92-106.
- Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:355-70.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:783-94.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Sena MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:164-76.
- Kushnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2307-16.
- Lopes CMN. Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009) [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010.
- Coelho APS. O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:622-31.
- Pereira AMM. Dilemas federativos e regionalização da saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
- Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2207-17.
- Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, Baptista TWT, Andrade CLT, Konder MT. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:595-606.
- Greß S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenwegen P, Howson H, et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* 2009; 17:75-86.
- Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2006.
- Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangbek K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *Int J Integr Care* 2009; 9:1-14.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger J, Mogollón, Silva MRE, Paepe P. Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26:360-7.
- Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* 2009; 9:1-11.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1239-50.
- Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:725-37.

31. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.
32. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3061-8.
33. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986; 35:382-5.
34. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
35. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr. A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-41.
36. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703.
37. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate* 2003; 27:243-56.
38. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013; 63:e742-50.
39. Hernández T, Gómez YO. La migración de médicos en Venezuela. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30:177-81.
40. Kringos DS, Boerma WGW, van der Zee J, Groenewegen PP. The contribution of primary care to health care system performance in Europe. In: Kringos DS, editor. *The strength of primary care in Europe*. Utrecht: NIVEL/University of Utrecht; 2012. p. 217-37.
41. Gérvas J, Borrís J. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82:627-35.
42. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2355-65.
43. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis (Rio J.)* 2012; 22:1293-311.
44. Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche PA. Primary care practice à la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *Fam Pract* 2007; 24:138-44.
45. Bousquat A, Alves MCGP, Elias PE. Utilização do Programa Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:903-6.
46. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:595-603.
47. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
48. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Moraes MLS, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3951-64.
49. Pires MRG, Göttems LB, Martins CME, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:1009-19.
50. Almeida PE, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:286-98.
51. Almeida PE, Gérvas J, Frieire J, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate* 2013; 37:400-15.
52. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26:94-101.
53. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria* 2007; 39:615-8.

Abstract

This study analyzed management of comprehensive care in a health district in Bahia State, Brazil, at the political, institutional, organizational, and health-care practice levels and the challenges for establishing coordinated care between municipalities. The information sources were semi-structured interviews with administrators, focal groups with healthcare professionals and users, institutional documents, and observations. A comprehensive and critical analysis was produced with dialectical hermeneutics as the reference. The results show that the Inter-Administrators Regional Commission was the main regional governance strategy. There is a fragmentation between various points and lack of communications linkage in the network. Private interests and partisan political interference overlook the formally agreed-upon flows and create parallel circuits, turning the right to health into currency for trading favors. Such issues hinder coordination of comprehensive care in the inter-municipal network.

Regional Health Planning; Primary Health Care; Health Management; Integrality in Health; Clinical Governance

Resumen

Se analizó la conformación de la gestión del cuidado integral en los niveles político-institucional, organizativo y, en la práctica, identificando los desafíos para la constitución de cuidados coordinados entre municipios y los dispositivos para la integración y regulación asistencial. Se trata de un estudio de caso, con un enfoque cualitativo, en la región sanitaria de Vitória da Conquista, Bahía, Brasil, que abarca a 19 municipios. Las fuentes de información fueron entrevistas semiestructuradas con gestores, grupos focales con gestores, profesionales y usuarios, documentos institucionales y observaciones. Los resultados indicaron la insuficiencia de médicos para las acciones y servicios en la Estrategia Salud de la Familia, así como en los servicios especializados, limitando el acceso oportuno. Había fragmentación entre los diferentes puntos y desarticulación comunicativa en la red. Intereses privados e interferencias clientelistas creaban circuitos paralelos, transformando el derecho a la salud en un intercambio de favores. Tales cuestiones obstruyen las posibilidades de coordinación del cuidado en la red intermunicipal.

Regionalización; Atención Primaria de Salud; Gestión en Salud; Integralidad en Salud; Gestión Clínica

Recebido em 18/Nov/2014

Versão final reapresentada em 17/Jul/2015

Aprovado em 23/Jul/2015