

REGIÃO e REDES

CAMINHO DA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

PETROLINA E JUAZEIRO

RELATÓRIO

RELATÓRIO REGIONAL

PESQUISA POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DAS REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Maio de 2017

JUAZEIRO E PETROLINA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Luiza d'Ávila Viana

COORDENAÇÃO DO CAMPO E ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

UNIDADE GESTORA DA PESQUISA (UGP)

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Aylene Bousquat

Fabíola Lana Iozzi

Liza Uchimura

Miriam Regina de Souza

Paulo Henrique dos Santos Mota

**OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE
PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - NESCON/UFMG**

Ana Cristina van Stralen

Cristiana Leite Carvalho

Flávio Paiva Loureiro

Jackson Freire Araújo

Joana Natalia Cella

Juliana de Oliveira Costa

Lucas Wan Der Maas

Luis Antônio Bonolo Campos

Renata Bernardes David

Sábado Nicolau Girardi

Thaís Viana Lauar

Tiago Henrique França

ESTAÇÃO DE TRABALHO IMS/UERJ/OBSERVARH

Carinne Magnago

Célia Regina Pierantoni

Márcia Silveira Ney

Maria Cristina Tommaso

Rômulo Miranda

Swheelen de Paula Vieira

SUMÁRIO

I CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO JUAZEIRO E PETROLINA.....	8
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO: HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO	8
1.1 História de Juazeiro	8
1.2 História de Petrolina	10
1.3 O Polo Petrolina-Juazeiro	12
1.4 Caracterização das regiões de Juazeiro e de Petrolina	15
1.5 Aspectos econômicos – Renda e Trabalho	17
1.6 Mercado formal de trabalho nas regiões de saúde de Juazeiro (Bahia) e Petrolina (Pernambuco)	21
1.7 Aspectos demográficos	24
1.8 Aspectos sociais e IDH-M	25
 II REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DA BAHIA E EM PERNAMBUCO	 28
2.1 ANTECEDENTES DA REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA	34
2.2 ANTECEDENTES DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO	40
2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO VALE MÉDIO SÃO FRANCISCO – REDE PERNAMBUCO-BAHIA	44
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO E DOS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA DA PESQUISA	48
2.4.1 Região de Petrolina.....	48
2.4.2 Região de Juazeiro	52
2.4.3 Diagnóstico das regiões da amostra.....	55
 III RESULTADOS DADOS PRIMÁRIOS DAS REGIÕES DE PETROLINA E DE JUAZEIRO	 60
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	60
3.2 CARACTERIZAÇÃO POR TIPO DE QUESTIONÁRIO E RESPONDENTE	61

3.3 DIMENSÃO POLÍTICA.....	61
3.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO POLÍTICA	72
3.5 DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO.....	74
3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO	91
3.7 DIMENSÃO ESTRUTURA	93
3.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO ESTRUTURA	109

IV REGULAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS REGIÕES DE SAÚDE PETROLINA E JUAZEIRO..... 112

ESCOPO DE PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 112

4.1 APRESENTAÇÃO 112

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA 112

4.2.1 Petrolina (PE) 113

4.2.2.Cabrobó (PE)..... 118

4.2.3Juazeiro (BA)..... 119

4.2.4.Programa Saúde sem Fronteiras 123

4.3 METODOLOGIA 125

4.3.1 Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde..... 125

4.3.2 Seleção dos entrevistados 126

4.3.3 Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil 127

4.3.3.1 Instrumento e público alvo 127

4.4.3.2 Seleção dos entrevistados 129

4.4.3.3 Caracterização dos cenários de campo 130

4.4 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS..... 131

4.4.1 Regulação das profissões em saúde - profissionais da Atenção Básica.. 131

4.4.1.1 Caracterização dos estabelecimentos visitados 131

4.4.1.2 Análise das entrevistas 135

4.5 CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL - ORTOPEDISTAS E OFTALMOLOGISTAS.....	165
4.5.1 Perfil dos entrevistados	165
4.5.2 Análise das entrevistas - Oftalmologistas	166
4.5.3 Análise das entrevistas - Ortopedistas	169
4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	176
4.7 APRESENTAÇÃO	176
4.8 CENÁRIO DA PESQUISA	177
4.9 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E SUJEITOS.....	178
4.9.1 Perfil dos respondentes	179
4.9.2 Caracterização das instituições de ensino e dos cursos.....	179
4.9.3 Estrutura curricular do curso.....	184
4.9.4 Perfil do egresso.....	189
 V ANÁLISE DOCUMENTAL	 191
5.1 RESUMO ANALÍTICO DAS ATAS DA CIR JUAZEIRO E PETROLINA	191
5.2 RESUMO ANALÍTICO DO COLEGIADO REGIONAL INTERESTADUAL (CRIE).....	192
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	209
 REFERÊNCIAS	 212
APÊNDICE	213

I CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO JUAZEIRO E PETROLINA

*Na margem do São Francisco, nasceu a beleza
E a natureza ela conservou
Jesus abençoou com sua mão divina
Pra não morrer de saudade, vou voltar pra Petrolina*

*Do outro lado do rio tem uma cidade
Que na minha mocidade eu visitava todo dia
Atravessava a ponte aí que alegria
Chegava em Juazeiro, Juazeiro da Bahia*

*Hoje eu me lembro que nos tempos de criança
Esquisito era a carranca e o apito do trem
Mas achava lindo quando a ponte levantava
E o vapor passava num gostoso vai e vem*

*Petrolina, Juazeiro, Juazeiro, Petrolina
Todas duas eu acho uma coisa linda
Eu gosto de Juazeiro e adoro Petrolina*

*Eu gosto de Juazeiro e adoro Petrolina
Eu gosto de Petrolina e adoro Juazeiro*

(Música Petrolina Juazeiro, autor: Jorge Assis de Assunção, conhecido como Jorge de Altinho)

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO: HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO

O município de Juazeiro (BA) em conjunto com o vizinho município de Petrolina (PE), forma o maior aglomerado urbano do semiárido.

1.1 História de Juazeiro

Juazeiro surgiu entre fins do século XVII e início do século XVIII, mas há registros da passagem de bandeirantes pela Região no ano de 1593 em busca de minas de prata. A partir do relato de um bandeirante, Garcia D'Ávila, 3º senhor da Casa da Torre e proprietário de terras desde Itapuã até o Vale do São Francisco, preparou as primeiras expedições de exploração da Região.

No início do século XVII Garcia D'Ávila construiu às margens do Rio São Francisco os primeiros currais para início da exploração agropecuária na Região. É por esse motivo que o Rio São Francisco é também chamado de Rio dos Currais. Com a implantação dos currais e as constantes viagens ao litoral, na margem direita do Rio São Francisco criou-se uma estrada, conhecida como passagem do Juazeiro.

A cidade nasceu em consequência dessa estrada. Inicialmente chamada Passagem de Juazeiro, o povoado cresceu e recebeu o nome de Juazeiro Velho. Considera-se 1706, ano em que frades franciscanos aldearam os índios, como data de fundação da cidade. Em 1707, os religiosos ergueram a primeira capela na antiga na aldeia dos Cariris, índios oriundos do Ceará, dando origem a vários povoados que atualmente são as cidades ribeirinhas do Vale do São Francisco.

Em 1766 o povoado foi reconhecido, em 1833 foi elevado à categoria de vila e, em 1878, passou à categoria de cidade por ato do governador da província da Bahia, barão Homem de Mello.

Outros marcos importantes para o desenvolvimento da região foram a criação do cais em 1912, pelo cel. Aprígio Duarte Filho, ex-intendente e ex-prefeito de Juazeiro. A navegação no Rio São Francisco foi um fator maior do desenvolvimento socioeconômico e cultural de Juazeiro, bem como a chegada da Estrada de Ferro e da Viação Férrea Federal Leste Brasileiro (VFFLB), ligando a região à capital do estado.

A partir daí, segue um período de prosperidade devido ao fluxo de comércio que utilizava o rio e seu porto para embarque e desembarque de mercadorias e passageiros. Juazeiro era o ponto final da navegação, no sentido do litoral.

A vizinhança com Petrolina, onde os grupos políticos ligados às oligarquias pernambucanas incentivavam investimentos, contribuía com o desenvolvimento de Juazeiro. Na década de 1960, os pernambucanos negociaram com o governo baiano o asfaltamento da rodovia ligando Juazeiro a Salvador, o que, por tabela, também beneficiava Petrolina.

Por fim, na década de 1970, a construção da Usina Hidrelétrica de Sobradinho, cujos canteiros de obras ficavam no município de Juazeiro, e o incentivo a

fruticultura irrigada no vale do médio São Francisco, alavancaram o desenvolvimento da cidade, que chega ao final do século XX como um dos polos do agronegócio baiano, atraindo incentivos diversos nacionais e estrangeiros.

1.2 História de Petrolina

Segundo a tradição local, o território onde se encontra o município de Petrolina teria sido desbravado primeiramente por frades franciscanos, que trabalhavam na catequese dos índios daquela região. Os frades capuchinhos franceses contaram com o consenso do chefe índio Rodelas, que deixou seu nome ligado a todo o médio São Francisco, conhecido como o Sertão dos Rodelas.

Foi grande a influência das missões dos frades capuchinhos, que contribuíram eficazmente para a ocupação do médio São Francisco, especialmente das ilhas fluviais. Essas missões só foram interrompidas em 1698, quando Portugal e França romperam relações diplomáticas.

Ainda no século XVIII, à margem esquerda do rio São Francisco, defronte a Juazeiro na província da Bahia, no local denominado Passagem, instalaram-se os primeiros moradores. Eles dedicaram-se à agricultura, à pesca e ao criatório de caprinos. O transporte de pessoas e cargas entre as margens opostas era feito de canoa. No entanto, não há vestígios de povoamento oficialmente registrado durante o século XVIII. Os indícios de povoamento surgem somente a partir de 1817 no interior da região.

Em 1841 a Passagem, já chamada de Passagem do Juazeiro, ainda não era um povoado, embora existissem algumas casas esparsas e diversos habitantes. Por sua localização no extremo sudoeste do estado, às margens do rio São Francisco, era ponto de convergência e passagem obrigatória de boiadeiros e negociantes dos sertões de Pernambuco, Piauí e Ceará, que cruzavam esse rio em direção ao estado da Bahia e vice-versa.

Dessa intensa movimentação resultou a formação das duas cidades: Petrolina, de um lado do rio, onde já existiam fazendas de criação de gado, e Juazeiro na margem oposta. Foi o capuchinho italiano frei Henrique quem deu início às

pregações missionárias, a pedido do então vigário da Boa Vista, padre Manoel Joaquim da Silva, em cujo território se encontrava a Passagem. Ele teve então a ideia de construir, nesse local, uma capela sob a invocação de Santa Maria Rainha dos Anjos.

Em 1858, após a bênção do sítio, frei Henrique assentou a primeira pedra para a construção da igreja, a qual só foi concluída em 1860. Nas cercanias do templo, no local denominado Grude, surgiu o primeiro núcleo habitacional da cidade. A partir daí intensificou-se o povoamento da região, que, pouco tempo depois, tornou-se um próspero município, com ativação do comércio entre as duas margens, visto que Juazeiro já era vila desde 1833.

A Lei Provincial nº 530, de 07 de junho de 1862, elevou Passagem do Juazeiro à categoria de vila e para ela transferiu a sede do termo da Boa Vista e criou a Vila de Petrolina. A nova vila recebeu a denominação em homenagem ao imperador D. Pedro II. Já a Lei Provincial nº 1.444, de 05 de junho de 1879, elevou o termo de Petrolina à categoria de comarca, a qual foi instalada em 1º de outubro de 1881 pelo seu primeiro juiz, Dr. Manoel Barreto Dantas. Em decorrência do regime republicano, o município de Petrolina foi constituído no dia 26 de abril de 1893, adquirindo autonomia legislativa e, dois anos depois, foi elevada à categoria de cidade.

Em 1919 foram iniciados os trabalhos de construção da estrada de ferro Petrolina-Teresina, cujo primeiro trecho de 62 km (Petrolina-Pau Ferro) foi inaugurado em 1923, juntamente com a estação ferroviária local. Em 1923 foi inaugurado o trecho ferroviário de 88 km de Pau Ferro a Rajada. Em 1941, a Estrada de Ferro Petrolina-Teresina foi incorporada à Viação Férrea Federal Leste Brasileiro. Nesse mesmo ano, foi instalada uma agência Navegação Aérea Brasileira S.A., uma companhia nacional de transportes aéreos de passageiros, correspondências e encomendas, na rota Rio de Janeiro-Fortaleza, sendo Petrolina ponto de escala dos aviões.

Em 1948 começa a construção da ponte rodoferroviária Juazeiro-Petrolina, aberta ao tráfego em junho de 1954, sob a denominação de Ponte Presidente Eurico Dutra.

Já em 1968, é feita a desapropriação de terrenos para a instalação do Porto Fluvial de Petrolina, em substituição ao antigo ancoradouro. Os trabalhos de construção desse porto foram iniciados em 1970. Em 1974 foi fechado o canal de navegação no rio São Francisco, em virtude das obras da barragem de Sobradinho, ficando paralisado o tráfego fluvial para os portos de Petrolina e Juazeiro.

O último marco de desenvolvimento é o Aeroporto Internacional Senador Nilo Coelho, inaugurado em 1979, mas que só entrou em operação em 1981, sendo o segundo maior aeroporto de Pernambuco.

1.3 O Polo Petrolina-Juazeiro

Situado na zona mais árida do Nordeste brasileiro, às margens do Rio São Francisco, no extremo Oeste de Pernambuco e Norte da Bahia, o Polo Petrolina/Juazeiro é formado por oito municípios – Petrolina, Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista e Orocó, em Pernambuco; Juazeiro, Sobradinho, Casa Nova e Curaçá, na Bahia (ver Figura 1) – onde se distribuía, no ano de 2013, uma população de 686.410 habitantes.

Figura 1: Polo de Petrolina e Juazeiro



Suas condições naturais (solo, insolação etc.) são excepcionais para o desenvolvimento da fruticultura, havendo apenas um fator limitante para o desenvolvimento das atividades agrícolas na região: o baixo índice de chuvas.

O período de estiagem anual é de 8 meses, de abril a novembro. No entanto, este fator limitante é sanado pela disponibilidade de água em grande quantidade e de ótima qualidade do Rio São Francisco para a irrigação. Alvo de políticas públicas de grande porte há alguns anos, o polo vem apresentando uma forte transformação em sua estrutura produtiva e social. No entanto, há pouco mais de três décadas, esse território se apresentava como mais um dentre as diversas zonas de miséria situadas no sertão nordestino. Até meados do século passado, soava impossível antever o futuro da região como um grande polo de produção de frutas do país.

No decorrer da década de 1950 as autoridades públicas federais voltaram à atenção para as potencialidades agrícolas da microrregião e intensificaram os investimentos a partir de 1959, com a criação da SUDENE (Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste). Daí para frente, o Estado manteve uma forte atuação no Polo, fazendo com que este gradualmente passasse a ver a agricultura irrigada como a sua principal atividade fomentadora do desenvolvimento. Com isso, acreditava-se que os indicadores de pobreza da região seriam reduzidos, desestimulando, assim, o fluxo migratório de nordestinos para o Sul e Sudeste do país. Portanto, seguindo este raciocínio, parece-nos que o interesse geral que norteou a ação do poder público procurou solidarizar os interesses econômicos e sociais. No entanto, ainda que haja um intenso debate em torno desta questão, diversos autores apontam que, de forma gradual, as ações públicas passaram a priorizar a esfera produtiva, deixando para segundo plano a busca pelos benefícios sociais. De um modo geral, as três principais formas de atuação que nortearam os investimentos públicos no polo foram:

- Investimentos em infraestrutura: apesar de apontado pelos órgãos técnicos como área de alto potencial para a produção da agricultura irrigada, a infraestrutura de transporte, energia, comunicação, etc. da microrregião era considerada insuficiente. Desde 1900, e intensificando-se a partir de 1950, o Estado procurou atuar sobre esta variável construindo, por exemplo, a ponte que une as duas cidades, o aeroporto de Petrolina, a barragem de Sobradinho, rodovias federais ligando o Polo a todos os centros urbanos do país.. Todos estes investimentos

incentivaram as primeiras mudanças significativas na economia da microrregião, viabilizando a implantação dos perímetros públicos no Polo.

- Investimentos em irrigação: apesar de vários estudos terem comprovado a viabilidade da agricultura irrigada, até meados de 1960 a microrregião apresentava uma agricultura extremamente tradicional e uma retrógrada estrutura fundiária. Neste sentido, a construção dos perímetros de irrigação representou o maior exemplo do esforço feito visando solucionar tais problemas. Como consequência, o Estado não só viabilizou o desenvolvimento da agricultura irrigada na microrregião, como também tornou o polo um dos principais centros produtores de frutas do país.
- Políticas de incentivos ao setor privado: visando a atração deste setor ao Polo. Destacam-se, nesta instância, os incentivos financeiros e fiscais dados, ainda no início dos anos 1970, e intensificando-se durante a década de 1980.

Nesse contexto, dentre os vários programas implantados, dois merecem destaque: i) o FINOR (Fundo de Investimentos do Nordeste); e ii) o FNE (Fundo Constitucional de Financiamento do Nordeste) (SUDENE, 1995).

Analisando toda esta dinâmica, fica nítido que o atual dinamismo econômico do Polo se deve, essencialmente, a fatores exógenos à região, fruto de uma estratégia “de cima para baixo”.

Assim como as demais políticas centralizadas do regime militar, a atuação do Estado acabou focando excessivamente, durante vários anos, apenas na geração de condições físicas locais favoráveis à produção em grande escala da agricultura irrigada, esquecendo-se de proporcionar o mesmo cuidado a outros fatores, como os relacionados à articulação e participação das comunidades locais em torno das políticas adotadas. Por conseguinte, a região apresentou, durante muito tempo, uma forte resistência às práticas organizacionais do tipo cooperativo. Contudo, em anos mais recentes este panorama vem se modificando.

O passo inicial para essa mudança se deu em fins da década de 1980, quando o governo procurou emancipar os perímetros públicos, transformando-os em privados, por duas razões básicas: i) como forma de compatibilizar a administração dos perímetros às restrições financeiras que marcaram o governo federal durante a década de 1980; e ii) por acreditar que isso aumentaria a eficiência dos perímetros. Nesse contexto, foi implementado nos perímetros um modelo de gestão denominado “Distrito de Irrigação”, no qual os próprios produtores seriam os responsáveis pela administração, operação e manutenção de suas áreas comuns.

Com a emancipação, foi criada uma nova realidade institucional que induziu a sociedade local a ter uma maior ação participativa diante das políticas implementadas. Surgiram as primeiras associações de produtores, embora sem êxito no início. Isso porque, até então, o paternalismo caracterizava a atuação estatal, o que dava origem a um forte vínculo de dependência dos colonos face ao poder público e inibia a formação de entidades fortes e representativas.

A partir de meados da década de 1990 os produtores começaram a perceber a importância da ação cooperativa. Essa nova postura deveu-se: i) ao intenso processo de abertura comercial que deixou o produtor bastante vulnerável à concorrência externa e ii) ao enorme esforço instituído pelo Sebrae, BNB, Distritos de Irrigação, Codevasf, Embrapa, ONG etc. visando conscientizar os produtores do polo dos benefícios proporcionados pelas associações, organizações e cooperativas no processo de competição. Neste contexto, passa a surgir uma série de cooperativas, associações e organizações.

1.4 Caracterização das regiões de Juazeiro e de Petrolina

Localizada no semiárido nordestino, a região de Juazeiro - Petrolina é composta por 10 municípios no estado da Bahia e 7 municípios no estado de Pernambuco. Sua população é de aproximadamente 1.044.159mil habitantes, o que proporciona uma densidade demográfica de 18,85 hab/ km², sendo que cerca de 25% da sua população encontra-se na área rural dos municípios. Está inserida totalmente na bacia hidrográfica do Rio São Francisco.

Fig. 1 - PE e BA – Divisão Política

[illegible]

A bacia do São Francisco é a terceira maior do país, incorporando uma área de 638.323 km², que corresponde a 8% do território nacional. São incorporados 503 municípios, distribuídos por 7 unidades da Federação, a saber: Minas Gerais, Goiás, Bahia, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, além de uma porção do Distrito Federal.

A Embrapa caracterizou o clima da região do Submédio Vale do São Francisco onde fica a região de Juazeiro e Petrolina como “quente semiárido mediano com 7 a 8 meses secos e regime de chuvas de outono-inverno com total anual de 550 mm concentradas, principalmente entre os meses de novembro a março”.

16

total da região representa 11,5% do território dos 2 estados somados. A região é formada pelos seguintes municípios:

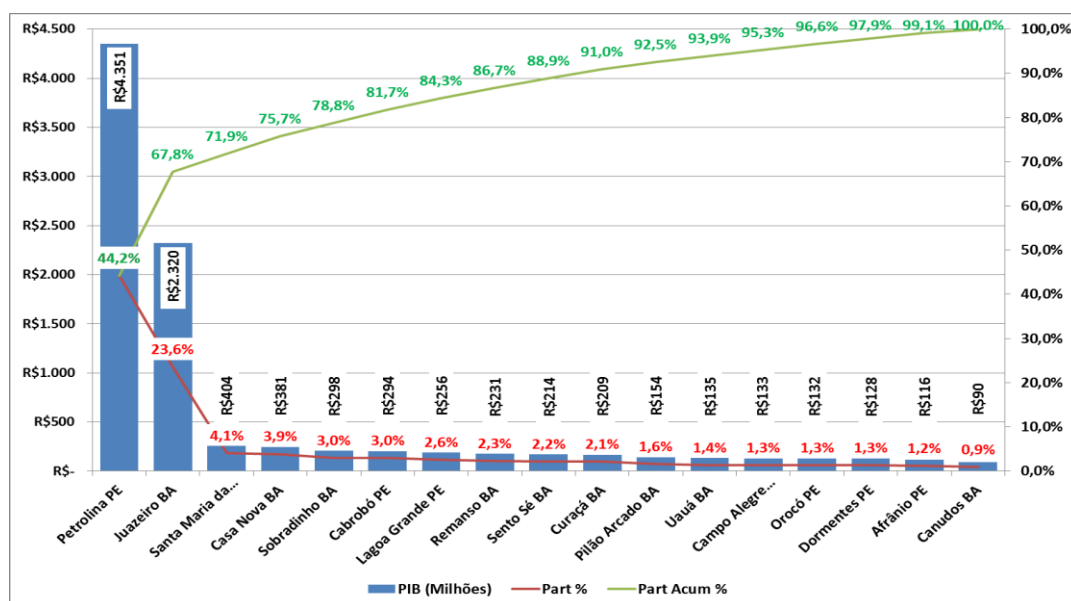
Juazeiro: Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá.

Petrolina: Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista.

1.5 Aspectos econômicos – Renda e Trabalho

Segundo dados do IBGE, em 2013, o Produto Interno Bruto (PIB + Impostos) da região, de R\$ 9,85 bilhões, sendo R\$ 4,17 bilhões na região de Juazeiro (2,3% da Bahia) e R\$ 5,68 bilhões na região de Petrolina (4,7% de Pernambuco), sendo que 67,8% desse total gerado apenas nos 2 municípios sede: Petrolina (44,2%) e Juazeiro (23,6%) (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Participação relativa dos municípios das regiões de Juazeiro e Petrolina no PIB.



Fonte: IBGE, 2017

Os dados de valor adicionado (VA) utilizados para fins do cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) de 2013 mostram que o setor de Comércio e Serviços, excluindo Administração Pública, da região gerou um VA de R\$ 4,44 bilhões, representando 45,1% do VA total regional e 2,9% do VA da Indústria dos 2 estados.

Os municípios que mais contribuíram para o VA Comércio e Serviços da Região foram: Petrolina (47,7%) e Juazeiro (30,9%).

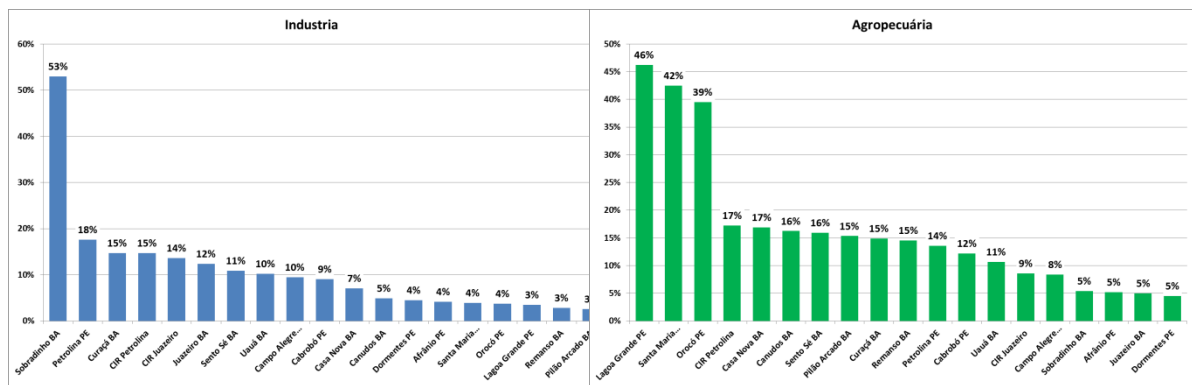
O segundo setor de maior importância econômica é a Administração Pública. Este setor gerou um VA de R\$ 2,67 bilhões, correspondendo a 27,1% do VA regional e 4,2% do VA do setor de Administração Pública dos 2 Estados. Também são os municípios de Petrolina e Juazeiro que mais se destacaram neste setor com participações de 32,9% e 20,6%, respectivamente.

Em seguida temos o setor Industrial com 14,2% do PIB Total e, por fim o setor Agropecuário com uma participação de 13,6%. Estes setores contribuíram com um VA de R\$1,40 bilhão na Indústria e R\$ 1,34 bilhão na Agropecuária.

Também no setor Industrial há uma concentração em poucos municípios: Petrolina, com 54,7%; Juazeiro, com 20,5%; e Sobradinho/BA, com 11,3%. E no setor Agropecuário também há uma evidente concentração em 3 municípios, mas neste caso são Petrolina, Santa Maria da Boa Vista (PE) e Juazeiro, com uma participação de 44,0%, 12,8% e 8,6%, respectivamente.

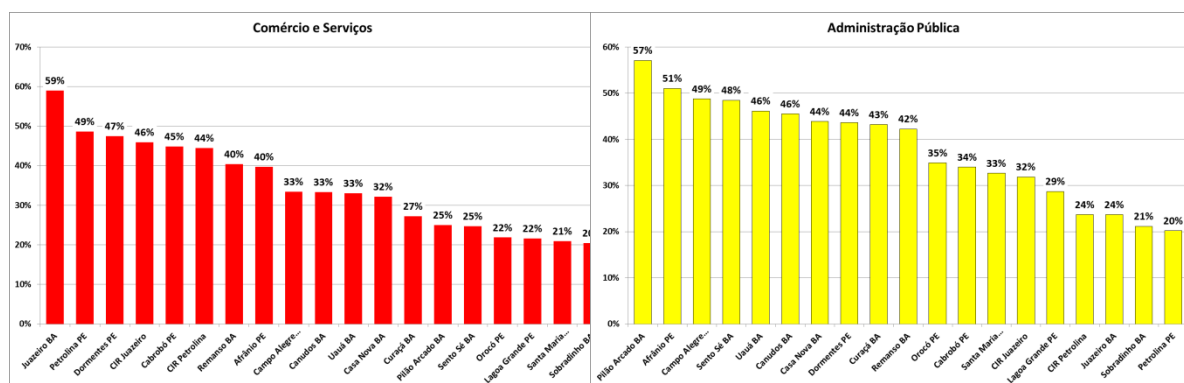
Na setorização do PIB, os setores de Comércio e Serviços e de Administração Pública se destacam na estrutura econômica. No setor Industrial destaque para Sobradinho que tem 53% do seu PIB originados neste setor. Mesmo Petrolina e Juazeiro que, como visto, são as cidades com os maiores PIB da região, têm uma participação no setor Industrial muito aquém de Sobradinho, 18% e 12%, respectivamente.

Figura 4: Participação do setor Indústria e Agropecuária no PIB da Região.



Fonte: IBGE, 2017

Figura 5: Participação do setor de Comércio e Serviços e de Administração Pública no PIB da região.



Fonte: IBGE, 2017.

No setor Agropecuário, 3 municípios se destacam: Lagoa Grande, com 46% de participação em relação ao total do PIB municipal; Santa Maria de Boa Vista, com 42%; e Orocó, com 39%. Esses resultados são em grande parte resultado dos projetos de irrigação desenvolvidos pela CODEVASF (Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco), os quais possibilitaram a criação de um polo de fruticultura na região, impulsionando uma promissora indústria de vinhos com forte pauta de exportação e com participação importante no abastecimento do mercado interno.

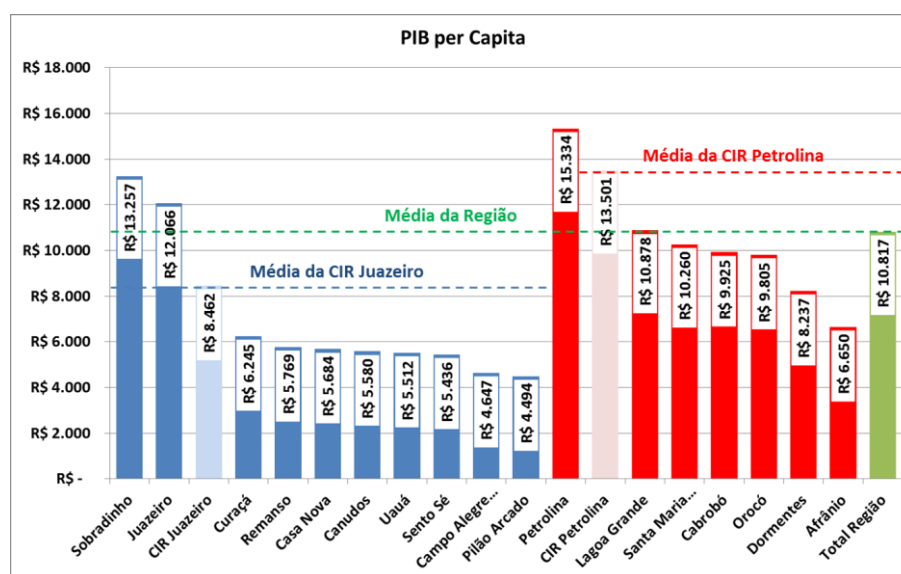
No setor de Comércio e Serviços, o destaque está nos municípios de maior porte, que passaram a atuar como polos de atração populacional e econômica dado o desenvolvimento histórico na região. Portanto, os municípios com maior participação neste setor são Juazeiro, com 59%, e Petrolina, com 49%. No entanto, há também municípios de pequeno porte como Dormentes, Cabrobó e Afrânio, em Pernambuco, e Remanso, na Bahia, em que a participação do setor é relevante (acima de 40%), por atuarem como micropolos regionais, ou ainda, pela falta de vocação ou investimentos em outros setores e por questões climáticas para agropecuária.

Por fim, há que se destacar a participação extremamente relevante do setor da Administração Pública em alguns municípios, sobretudo os de menor porte, onde as administrações municipais atuam como um dos principais, se não o único, agente econômico relevante do território.

Neste quadro estão os seguintes municípios: Pilão Arcado, Campo Alegre de Lourdes, Sento Sé, Uauá, Canudos, Casa Nova, Curaçá e Remanso, na Bahia, e Afrânio e Dormente, em Pernambuco - todos com participação superior a 42% do PIB municipal (**Figuras 4 e 5**).

Em 2013, a região possuía um PIB per capita de R\$ 10.817,86, acima do PIB da CIR de Juazeiro, de R\$ 8.461,60, e abaixo da CIR de Petrolina, de R\$ 13.500,74 (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: PIB per capita da Região, CIR de Juazeiro e CIR de Petrolina.



Fonte: IBGE, 2017.

1.6 Mercado formal de trabalho nas regiões de saúde de Juazeiro (Bahia) e Petrolina (Pernambuco)

A Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE) informava a existência de 11.582 estabelecimentos nos 17 municípios que compõem as regiões de saúde de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE), com pouco mais de 135 mil vínculos formais de empregos ativos em 31 de dezembro de 2014. Aproximadamente 40% desses estabelecimentos eram relacionados ao comércio varejista em geral, que empregavam cerca de 16% dos vínculos. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116)

representava apenas 0,4% dos estabelecimentos e cerca de 21,6% dos vínculos.

A região contava ainda com 303 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 88 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de Óptica (Classe 47.741).

Analisando os Quocientes Locacionais¹ (QL), chama atenção na região o cultivo de uva, com QL alto tanto para estabelecimentos quanto para vínculos: 130,7, para o primeiro, e 299,9, para o segundo, indicando a importância econômica dessas atividades para a região.

A **Tabela 1** apresenta o número de estabelecimentos, o estoque de vínculos e respectivos quocientes locacionais das classes de atividade econômica do setor Saúde e de algumas classes de atividades econômicas selecionadas, não necessariamente significativas para o conjunto da região, mas, economicamente importantes para um ou mais dos municípios estudados, que serão descritos *a posteriori*.

¹ O quociente locacional (QL) é um indicador obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos de uma atividade específica sobre o total de estabelecimentos em uma região, e a mesma proporção no país. Valores de QL superiores a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos na região é superior à do Brasil; valores inferiores indicam que a concentração é inferior e valores iguais a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos é a mesma que a do Brasil. O mesmo se aplica ao número de vínculos de uma ocupação específica.

Tabela 1 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Região de Juazeiro e Petrolina, 2014.

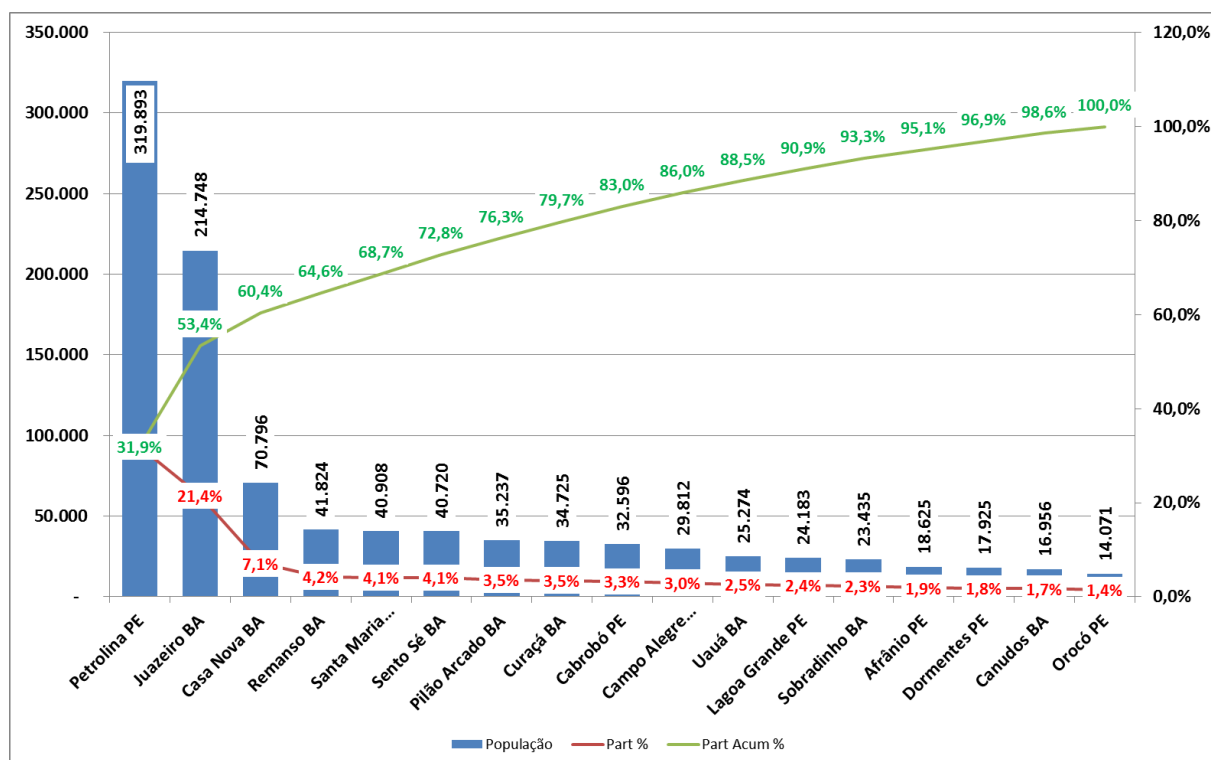
Classe de atividade econômica (CNAE 2.0)	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc/ Estab .
	N	%	QL	N	%	QL	
Total da economia	11.582			135.023			11,7
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101)	37	0,32	1,4	1.640	1,21	0,5	44,3
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86.216)	0	0	0	0	0	0	NA
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86.224)	0	0	0	0	0	0	NA
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305)	248	2,14	0,8	532	0,39	0,7	2,1
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86.402)	69	0,6	1,1	515	0,38	0,8	7,5
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86.500)	57	0,49	0,9	102	0,08	0,6	1,8
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86.607)	0	0	0	0	0	0	NA
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86.909)	12	0,1	0,4	26	0,02	0,1	2,2
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717)	303	2,62	1,4	1.189	0,88	1	3,9
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47.733)	17	0,15	1,1	31	0,02	0,5	11,7
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741)	88	0,76	1,4	436	0,32	2,3	5
Cultivo de Uva (Classe 01.326)	558	4,82	130,7	15.165	11,23	299,9	27,2
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 01.334)	428	3,7	20,3	7.189	5,32	40,4	16,8
Criação de Caprinos e Ovinos (Classe 01.539)	25	0,22	9,1	43	0,03	8,3	1,7
Extração de Minerais Metálicos Não-Ferrosos não Especificados Anteriormente (Classe 07.294)	2	0,02	6,1	231	0,17	6,7	115,5
Extração de Minerais para Fabricação de Adubos, Fertilizantes e Outros Produtos Químicos (Classe 08.916)	1	0,01	3,4	145	0,11	10,9	145
Extração de Gemas (Pedras Preciosas e Semipreciosas) (Classe 08.932)	1	0,01	3,8	1	0	0,3	1
Extração de Minerais Não-Metálicos não Especificados Anteriormente (Classe 08.991)	1	0,01	0,5	2	0	0,1	2
Atividades de Apoio à Extração de Minerais, Exceto Petróleo e Gás Natural (Classe 09.904)	1	0,01	1,2	17	0,01	1,3	17
Fabricação de Conservas de Frutas (Classe 10.317)	17	0,15	5,9	244	0,18	4,9	14,4
Beneficiamento de Arroz e Fabricação de Produtos do Arroz (Classe 10.619)	2	0,02	0,8	37	0,03	0,6	18,5
Fabricação de Vinho (Classe 11.127)	6	0,05	5,9	298	0,22	17,1	49,7
Fabricação de Artefatos de Tapeçaria (Classe 13.529)	4	0,03	2	8	0,01	0,4	2
Fabricação de Produtos Cerâmicos Refratários (Classe 23.419)	2	0,02	1,7	42	0,03	1,4	21
Fabricação de Produtos Cerâmicos Não-Refratários para Uso Estrutural na Construção (Classe 23.427)	29	0,25	1,6	863	0,64	2,2	29,8
Geração de Energia Elétrica (Classe 35.115)	5	0,04	1,7	268	0,2	2,9	53,6
Administração Pública em Geral (Classe 84.116)	47	0,41	1	29.146	21,59	1,3	620,1
Seguridade Social Obrigatória (Classe 84.302)	4	0,03	2,3	585	0,43	4	146,3
Educação Superior - Pós-Graduação e Extensão (Classe 85.333)	3	0,03	2,3	8	0,01	0,1	2,7
Educação Profissional de Nível Tecnológico (Classe 85.422)	1	0,01	2,7	868	0,64	10,3	868
Comércio varejista (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	4.239	36,6		20.075	14,9		4,7

Fonte: IBGE, 2017.

1.7 Aspectos demográficos

A população da região de Juazeiro e Petrolina, de acordo com o Censo do IBGE de 2010, era de 929.144 habitantes, sendo 434.713 (47,8%) na região de Petrolina e 494.431 (53,2%) na região de Juazeiro. A população da região de Petrolina representa 4,9% do estado de Pernambuco, enquanto a Região de Juazeiro representa 3,5% da população da Bahia. Já os 930 mil habitantes das 2 regiões agregadas, corresponde a 4,1% dos habitantes residentes nestes Estados.

Gráfico 3: Participação relativa da população das regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro, 2010.



Fonte: IBGE, 2017.

Observa-se que na última década, a região não vem seguindo a tendência de seus respectivos estados de redução em suas taxas anuais de crescimento populacional. O estado de Pernambuco teve uma taxa de crescimento de 3,5%, mas apenas Petrolina conseguiu ter um crescimento próximo disso (3,1%). A grande maioria dos municípios da Região de Petrolina teve crescimento

Já a na região de Juazeiro, enquanto o estado da Bahia crescia 1,71% na década, nenhum dos municípios da região alcançou esta marca. O município que mais cresceu foi Casa Nova (1,51%). A maioria deles, 6 em 10, teve um crescimento no período entre 1,0% e 1,5%. Dois municípios, Sobradinho e Campo Alegre de Lourdes, ficaram abaixo dessa marca, e Uauá teve um decréscimo de população (– 0,67%).

Taxa Crescimento Anual 2000/2010

Município	Taxa Crescimento Anual 2000/2010
PE	3,5
Petrolina PE	3,01
Orocó PE	1,99
Lagoa Grande PE	1,75
BA	1,71
Dormentes PE	1,62
Afrânio PE	1,59
Casa Nova BA	1,54
Cabrobó PE	1,45
Sento Sé BA	1,43
Canudos BA	1,35
Juazeiro BA	1,27
Curaçá BA	1,1
Remanso BA	0,72
Pilão Arcado BA	0,68
Santa Maria da Boa Vista PE	0,66
Sobradinho BA	0,31
Campo Alegre de Lourdes BA	0,17
Uauá BA	-0,67

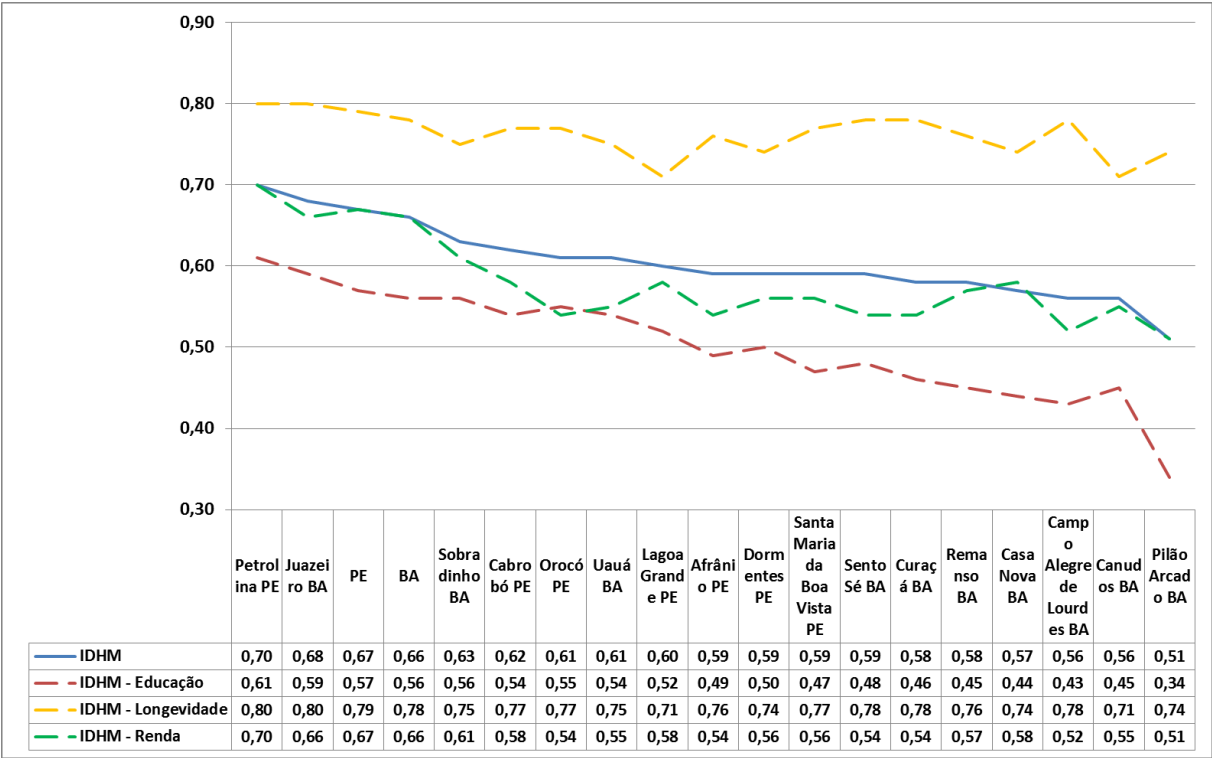
1.8 Aspectos sociais e IDH-M

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é o resultado da análise de mais de 180 indicadores socioeconômicos dos censos do IBGE de 1991, 2000 e 2010. O estudo é dividido em três dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de viver uma vida longa e saudável (longevidade), ter acesso a conhecimento (educação) e ter um padrão de vida que garanta as

necessidades básicas (renda). O índice varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

Os números apresentam uma espécie de radiografia dos serviços oferecidos à população, um importante instrumento para avaliar os diferentes níveis de desenvolvimento ao longo dos últimos 20 anos.

Gráfico 5: IDH-M geral, educação, longevidade e renda dos municípios da região de saúde de Petrolina e Juazeiro.



Fonte: IBGE, 2017.

Nos municípios de Petrolina e de Juazeiro, dois principais municípios do Vale do São Francisco, o índice IDHM apresentou um crescimento significativo entre as décadas de 1990 e 2000, saindo da condição desenvolvimento humano baixo (abaixo de 0.499) para a de desenvolvimento médio (acima de 0.600).

Nos dois municípios, os maiores avanços foram registrados na dimensão acesso ao conhecimento (educação), com o registro de uma melhoria superior a 100%, em Petrolina, e 170%, em Juazeiro. Chama atenção o fato de que nos últimos anos os índices dos dois municípios ficam cada vez mais parecidos. A diferença que chegou a ser de 0,075, em 1991, caiu para 0,049, em 2000, e

para 0,020, em 2010, quando Petrolina alcançou um IDHM de 0,697 e Juazeiro atingiu 0,677 (**Gráfico 5**).

II REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DA BAHIA E EM PERNAMBUCO

A normatização do processo de regionalização no âmbito do SUS inicia-se em 2001 com a edição da primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), mas foi com a edição do Pacto pela Saúde (Portaria nº 399), em 2006, que esse processo ganhou força. Uma inovação importante foi a constituição dos colegiados de gestão regional (CGR), que possibilitou a criação de um espaço no âmbito da região de saúde voltado para o planejamento e a gestão compartilhada dos sistemas regionais de saúde.

Apesar da potencialidade da proposta, sua efetivação enfrentou importantes obstáculos: institucionalizar uma rede de atenção homogênea em um território heterogêneo, composto por entes autônomos e marcado por forte disputa política (DOURADO; ELIAS 2011; VIANA e col., 2011).

Mendes e Pestana (2004) apontam como causas do não avanço da regionalização a fragilidade nos espaços de negociação, a fragilidade no planejamento regional, o excesso de instrumentos normativos (PPI, PDR, PDI, entre outros), e as discordâncias tanto em relação ao papel das esferas de governo quanto à forma de alocação de recursos.

Assim, para esses autores, mais que cooperação, a municipalização tem gerado mecanismos de competição intermunicipais. Também apontam para a construção de uma regionalização cooperativa, pautada na associação intermunicipal, nos mecanismos de planejamento, no controle e avaliação com compartilhamento de poder, na mudança do modelo de atenção e produção de conhecimentos e nas tecnologias coerentes com esse novo contexto (MENDES; PESTANA, 2004).

O Pacto pela Saúde reafirmou a regionalização como eixo estruturante do sistema e manteve os instrumentos operacionais descritos na NOAS (Plano Diretor de Regionalização - PDR, Plano Diretor de Investimento - PDI e Programação Pactuada e Integrada – PPI) (DOURADO; ELIAS, 2011).

No Pacto, a regionalização é o pilar para a organização do SUS, entendida como estratégia capaz de integrar sistemas municipais e constituir sistemas

regionais. Traz como característica essencial ao processo a cooperação e a solidariedade entre os entes (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde foi instituído com o objetivo de superar a fragmentação de políticas e programas mediante a organização de uma rede integrada e regionalizada, a qualificação da gestão e a valorização da macrofunção de cooperação técnica entre os gestores.

Uma mudança trazida pelo Pacto foi a instituição de mecanismos de cogestão e planejamento regional, tendo como locus para a pactuação e articulação regional o Colegiado de Gestão Regional (CGR). O CGR pode ser definido como o espaço de gestão com potencialidade de promover a integração em saúde. Uma característica essencial do CGR é fomentar a governança entre atores e organizações com a finalidade de gerenciar a interdependência e, assim, alcançar um projeto comum, ou seja, uma imagem-objetivo (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Em 2011, com a publicação do Decreto Presidencial 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990, a regionalização experimenta um novo momento.

Por instrumento legal, a região de saúde passa a ser o espaço que deve integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde no SUS. A região de saúde deve ser composta por uma Rede de Atenção à Saúde que agregue um conjunto de ações e serviços articulados por níveis de complexidade com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde.

O decreto estabelece a regionalização como eixo estruturante da organização do SUS, regulamenta o papel e a função das Comissões Intergestores, visto que até então eram instâncias formalizadas por meio de atos administrativos do Ministério da Saúde (Portarias), e avança ao instituir tal espaço de gestão ao nível regional (Comissão Intergestores Regional – CIR).

A conformação de uma região de saúde deve considerar o princípio da integralidade da assistência: “ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região” (BRASIL, 2011).

O COAP busca: fortalecer o Pacto Interfederativo, definindo as responsabilidades de cada ente federado na organização do SUS; fortalecer a diretriz regional na conformação da rede atenção no SUS; ampliar e qualificar a governança do sistema; estimular a formulação de políticas integradas e baseadas nas necessidades regionais; potencializar a integração dos serviços; e organizar um modelo de atenção centrado no usuário e que garanta o acesso em tempo oportuno.

As características do Brasil, e em particular dos estados da Bahia e de Pernambuco, apontam para o grande desafio de construir o SUS, pois

O SUS é único para todo o território brasileiro, assegurando o direito ao acesso ao sistema de saúde para toda a população do país, entretanto, não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Nesse sentido, a regionalização, como principal estratégia de descentralização, precisa ser, sobretudo, um processo político de lida com a diversidade do próprio SUS e com as desigualdades do território brasileiro. Isso torna o processo de regionalização mais complexo do ponto de vista analítico, institucional e político (VIANA et al., 2008, p. 96).

A afirmação de Viana et al. consegue sistematizar o papel da regionalização no processo de descentralização e de construção do SUS, ao mesmo tempo que aponta para a necessidade de que a regionalização precisa ter como lócus o território.

O território compreendido como espaço geográfico é “resultado do processo histórico e base material e social das novas ações humanas...” (VIANA et al., 2008, p. 96). Ou seja, o espaço geográfico interfere e é interferido pelo homem.

Quadro 1: Diferentes fases do processo de regionalização no Brasil, 2006 até os dias atuais

Características do período Nacional	Desenvolvimento regional e superávit fiscal	Desenvolvimento regional e superávit fiscal	Crise fiscal e mudança na política econômica (2015 a 2016)	Ruptura institucional Crise fiscal e crise econômica (2016 até hoje)
Marcos da política de regionalização	Pacto pela Saúde (2006 a 2010) Portaria 4279/2010 que cria as Redes de Atenção no SUS Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovenamental (CGR)	Decreto 7508/2011 Lei 141/2012 Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovenamental (CIR) Instrumento formal de pactuação COAP Institucionalização no âmbito do SUS das redes de atenção (RUE, cegonha, RAPS, RCPD e crônicos)	Mesma diretriz sem inovação EC 86/2015 (vinculação da despesa à RCL) alterou o modelo proposto pela EC 29/2000 (vinculação da despesa ao PIB), torna impositiva as emendas parlamentares incluindo como despesa em saúde Lei 13.097/2015 que trata da participação das empresas estrangeiras Mudança no modelo de investimento das redes de atenção – emendas parlamentares (Cartilha para elaboração de propostas ao MS).	Mesma diretriz sem inovação Projeto SUS legal aprovado na CIT em 27 de janeiro de 2017, que prevê mudança no modelo de transferência de recursos fundo a fundo; dos blocos de atenção para as modalidades de custeio e de investimento
Ministros da Saúde do período	Humberto Costa (2003 a 2005), José Saraiva Felipe (2005 a 2006), José Agenor Álvares da Silva (2006 a 2007) e José Gomes Temporão (2007 a 2010)	Alexandre Padilha (2011 a 2014)	Arthur Chioro (2014 a 2015) e Marcelo Castro (2015 a 2016)	Ricardo Barros (2016 até hoje)

Fóruns e características do processo de negociação	Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais abertos e discutidos	Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais fechados e menos discutidos	Pouco uso dos espaços de negociação e pactuação	Uso dos espaços de negociação para alteração da modalidade de repasse (Projeto Sus Legal) ²
Financiamento das esferas de governo ³	Aumento das transferências da União para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação de estados e municípios.	Aumento das transferências da união para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação de estados e municípios; aumento do investimento na APS (construção, reforma e ampliação de UBS) e dos gastos com MAC.	Contingenciamento do orçamento da União, aumento da despesa com MAC; redução dos gastos de Estados, com cumprimento das exigências mínimas legais (12% da receita corrente bruta) e aumento dos gastos municipais.	Contingenciamento dos gastos com saúde por parte das três esferas de governo. E instituição da EC 95/2016 com limitação das despesas primárias por 20 anos no nível federal, incluindo saúde.
Gasto por nível de assistência	Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade	Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade	Aumento do gasto com média e alta complexidade	Aumento do gasto com média e alta complexidade
Investimento	Investimento em novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados	Investimento de novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados	Desaceleração dos investimentos federais	Desaceleração dos investimentos federais e estaduais
Características do processo de contratação indireta	Contratação indireta e empresariamento restrito do ponto de vista nacional	Contratação indireta e empresariamento médio do ponto de vista nacional	Incremento da contratação indireta e do empresariamento	Incremento da contratação indireta e do empresariamento forte nos estados e municípios

² Projeto SUS legal – proposta aprovada na reunião da CIT realizada em 27 de janeiro de 2017, o qual prevê mudanças na modalidade de transferência. O objetivo do governo federal é assegurar o cumprimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda não há prazo determinado para as alterações começarem a valer e foi criado um grupo de trabalho para apresentar uma proposta de implantação para a Comissão Intergestores Tripartite (composta pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e para o Conselho Nacional de Saúde, que irão avaliar e definir os próximos passos.

³ Financiamento: De acordo com os textos, no PLOA de 2016 houve redução do orçamento para Atenção Básica e aumento do destinado à Média e Alta Complexidade (MAC) (SANTOS, DELDUQUE e ALVES, 2016); de 1995 a 2014 o gasto do Ministério da Saúde manteve-se em torno de 1,7% do PIB (MENDES, 2015); participação relativa da União vem decrescendo, saindo de 72% em 1993 para 42,93% em 2013 (CONASS, 2015). No período de 2000 a 2012 a participação relativa da União apresentou queda de 23,3%; em 2012 estados e municípios juntos financiaram majoritariamente; 2000: União 58,20%, Estados 20,20% e Municípios 21,20%; 2010: União 44,97%, Estados 27,77% e Municípios 28,26%; 2012: União 45,80%, Estados 25,31 e Municípios 28,89 (SOARES e SANTOS, 2014). Em 2014, 45,7% do investimento do MS foi destinado a construção, reforma ou ampliação de Unidades Básicas; as transferências aumentaram para estados e municípios de 2009 a 2014, mas a participação nos gastos caiu de 53% em 2009 para 48% em 2014. Os gastos relativos à MAC aumentaram 59% entre 2009 e 2014 (TCU, 2014).

Atores	CONASS e CONASEMS	CONASS, CONASEMS, prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde	Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde	Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde CONASS e CONASEMS (intensa discussão na mudança para as novas modalidades de repasses)
Resultados	Não avanço no pacto das redes regionais	Não avanço do COAP	Incipiência na implantação das redes de atenção	Estagnação dos processos de regionalização e de implantação das redes de atenção

2.1 ANTEDECENTES DA REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA

Na Bahia, a discussão sobre regionalização teve início em meados da década de 1920, com a Lei nº1811/1925, que criou 4 subdiretorias sanitárias na estrutura administrativa da Subsecretaria da Saúde e Assistência Pública (Molesine, 2011).

Em 1942, através da Portaria Nº 730, são criadas 10 regiões sanitárias no interior. Em 1948, uma divisão do território ocorre e são criados 08 Distritos Sanitários (Molesine, 2011).

Nos primeiros anos da ditadura militar, com a Lei nº 2321/1966, ocorre uma nova reorganização administrativa no estado, e a Secretaria da Saúde e Assistência Pública é dividida em duas e um sistema de administração regional é instituído, com a criação de 21 regiões com uma sede regional denominada Centro Executivo Regional (Molesine, 2011).

A divisão do território ao longo das décadas de 1960 e 1980 passou por diversas modificações, chegando em 1986 com 29 regiões de saúde. Em 1981 aconteceu uma revisão da estrutura física e organizacional das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), que, no entanto, mantiveram o caráter meramente administrativo. A Secretaria de Saúde possuía o Projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde (PROSS), mas, por existir várias concepções a proposta não avançou (Molesine, 2011).

Com o processo de redemocratização do país, a Bahia também experimenta um novo tempo. Em 1985 inicia-se a implantação das Ações Integradas em Saúde (AIS) na Região Metropolitana de Salvador, alcançando, em 1987, 152 municípios.

O ano de 1987 é marcado pela criação, no âmbito da Secretaria de Saúde, das Comissões Intermunicipais de Saúde (CIMS) e das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), instâncias colegiadas que tiveram uma atuação intermitente. Tomadas de decisões ocorriam sem a participação de todos os envolvidos, como a assinatura do convênio para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a realização da 1ª

Conferência Estadual de Saúde (CONFERES), e a elaboração do Plano Estadual de Saúde quadriênio 1988-1991 (Molesine, 2011).

Ainda em 1987, teve início o processo de descentralização/municipalização com a implantação de 3 Distritos Sanitários em Salvador, 1 em Camaçari e 4 no interior – Mundo Novo, Vitória da Conquista, Jequié e Itabuna.

Na década de 1990, novos avanços ocorrem: é criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 1993 e começa o processo de implantação do SUS. Do total de municípios na época, 126 já estavam habilitados na modalidade de gestão incipiente. Em 1999, 97,83% dos municípios encontravam-se habilitados em uma das modalidades da gestão previstas na NOB 96 (Ávila, 2013).

Em 2003, a Secretaria de Saúde da Bahia habilita-se na gestão plena, segundo as diretrizes da NOAS 01/2002, e inicia o processo de organização das regiões de saúde. O primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) é construído (2003) com um desenho que se pautou na definição das macrorregiões de saúde (atenção de alta complexidade, rede de urgência e emergência e gestação de alto risco), das microrregiões (atenção de média complexidade através de módulos assistenciais) e dos municípios satélites.

No ano de 2007, ocorrem mudanças importantes no desenho regional. Com a Resolução CIB/BA nº 132/2007, a Bahia passa a ter 30 regiões de saúde. A nova conformação tenta superar as desigualdades, desconcentrar serviços da capital do estado, Salvador, e definir o papel da Dires no processo de regionalização. Até então a Secretaria de Saúde não contava com um Plano de Diretor de Investimento (PDI).

Ainda em 2007, são criados os 30 Colegiados de Gestão Regional (CGR) (Resolução CIB/BA nº143/2007); e, a CIB aprova novo regimento (Resolução CIB/BA nº 145/2007).

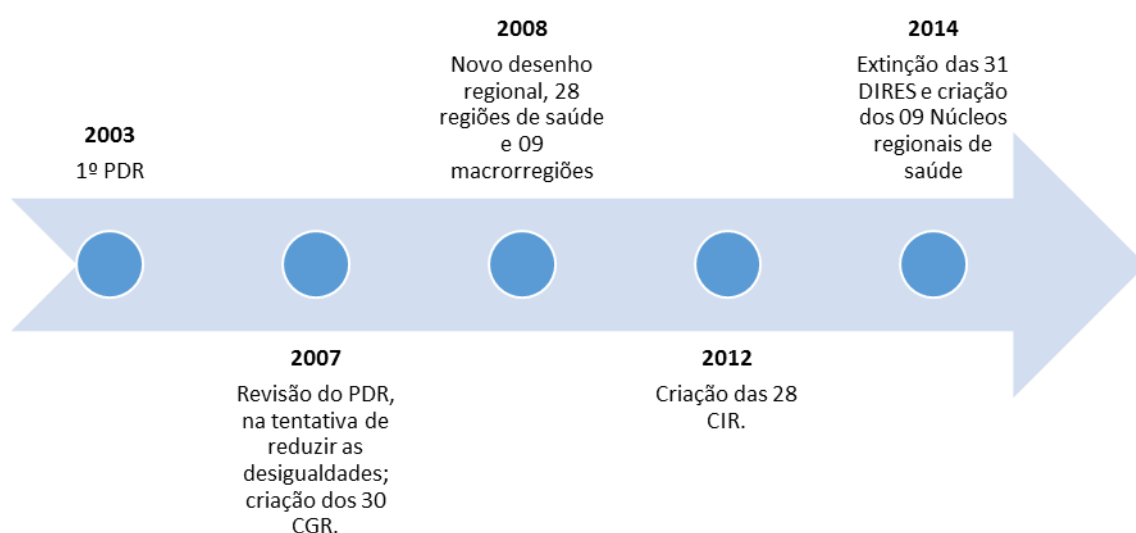
Em 2008, o novo PDR é instituído através da Resolução CIB/BA nº 57/2008, no qual são definidas 9 macrorregiões e 28 regiões de saúde.

Com a publicação do Decreto Nº 7508/2012, a Bahia reconhece a existência de 28 regiões de saúde definidas no PDR de 2008, porém, traz uma configuração atualizada das regiões e institui as Comissões Intergestores Regionais (CIR)

em cada uma das regiões em substituição aos antigos Colegiados de Gestão Microrregionais (CGMR), conforme a Resolução CIB/BA nº 275/2012 (**Figura 7**).

No ano de 2014, um marco importante na gestão descentralizada da SESAB acontece: através da Lei Estadual Nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, as 31 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) são extintas e em seu lugar são criados 9 Núcleos Regionais de Saúde – Leste, Centro-Leste, Nordeste, Centro-Norte, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul e Extremo-Sul.

Figura 6: Linha do tempo com principais marcos do processo de regionalização na Bahia.



Fonte: Elaboração dos autores.

Figura 7: Macrorregiões e regiões de saúde, estado da Bahia, 2017.



Fonte: PDR Bahia, SESAB, 2017.

Quadro 2: Indicadores demográficos e sociais para cada Região de Saúde e Estado, Bahia, 2017.

Estado/Região de saúde	Nº de municípios	Densidade demográfica	Taxa de envelhecimento	Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	Renda média mensal total per capita nominal
Bahia	417	24,82	7,23	45,76	423,00
Alagoinhas	18	41,90	7,25	19,48	298,79
Barreiras	15	5,28	5,48	17,64	388,09
Brumado	21	16,17	9,28	23,02	267,35
Camaçari	06	171,46	4,13	8,92	392,01
Cruz das Almas	09	140,60	7,52	16,96	300,57
Feira de Santana	28	64,98	7,44	15,19	377,37
Guanambi	21	16,05	8,59	22,84	273,72
Ibotirama	09	5,79	8,14	22,66	193,08
Ilhéus	08	44,17	7,23	17,47	393,26
Irecê	19	15,39	7,51	19,66	235,47
Itaberaba	14	13,07	8,32	23,32	237,18
Itabuna	22	59,83	8,28	19,00	368,64
Itapetinga	12	21,00	8,80	23,23	316,19
Jacobina	19	17,20	8,37	26,62	249,70
Jequié	25	27,14	8,88	23,40	295,07
Juazeiro	10	8,03	6,74	20,52	283,64
Paulo Afonso	09	12,61	7,50	24,25	311,72
Porto Seguro	08	28,31	5,29	17,38	391,41
Ribeira do Pombal	15	38,08	8,81	30,48	230,33
Salvador	10	1.077,27	6,04	4,63	711,99
Seabra	11	12,07	9,05	19,61	239,75
Senhor do Bonfim	09	18,55	8,08	21,71	260,28
Serrinha	19	29,04	8,39	25,80	234,93
Stª Mª da Vitória	13	5,73	7,88	23,20	248,59
Stº Antônio de Jesus	23	51,89	7,99	21,16	287,75
Teixeira de Freitas	13	22,49	6,94	23,23	383,70
Valença	12	49,62	5,97	21,32	276,33
Vitória da Conquista	19	28,51	8,34	21,32	341,79

Fonte: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração dos autores.

Quadro 3: Indicadores de cobertura, despesa com saúde e indicador sintético para cada Região de Saúde e para o Estado, Bahia, 2017.

Estado/Região de saúde	Taxa de mortalidade infantil	Cobertura estimada de população coberta pela APS	Despesa total com saúde por hab.	Indicador sintético de desempenho de serviço de saúde
Bahia	16,95	73,26	439,42	-
Alagoinhas	18,15	79,04	471,92	1,67
Barreiras	15,04	73,63	573,04	1,33
Brumado	19,33	91,59	482,02	1,67
Camaçari	15,80	75,86	551,67	1,67
Cruz das Almas	15,10	89,34	438,48	1,67
Feira de Santana	15,37	78,58	439,89	1,33
Guanambi	16,78	85,56	433,83	1,67
Ibotirama	21,56	81,98	353,93	1,33
Ilhéus	21,17	67,25	405,90	0
Irecê	15,27	88,43	396,93	1,67
Itaberaba	15,35	92,33	418,30	1,67
Itabuna	22,05	79,38	618,79	1,0
Itapetinga	20,14	84,05	368,31	1,0
Jacobina	14,36	92,47	396,91	1,67
Jequié	16,89	82,67	433,53	1,0
Juazeiro	15,55	75,83	417,72	1,67
Paulo Afonso	18,79	85,05	484,12	1,0
Porto Seguro	15,43	92,86	492,02	1,67
Ribeira do Pombal	14,99	85,06	321,73	1,33
Salvador	15,58	40,90	409,13	1,33
Seabra	19,02	82,70	412,10	1,33
Senhor do Bonfim	14,97	80,94	385,82	1,33
Serrinha	16,64	84,48	357,23	1,67
Stª Mª da Vitória	15,14	90,91	502,88	1,67
Stº Antônio de Jesus	13,38	88,21	420,99	2,67
Teixeira de Freitas	15,70	91,42	550,55	1,67
Valença	19,47	80,28	328,54	1,33
Vitória da Conquista	18,99	75,38	489,70	1,33

Fonte: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração dos autores.

2.2 ANTECEDENTES DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO

Ao longo da primeira metade do século XX, Pernambuco realizou vários estudos que tinham como objeto a regionalização, mas, somente em 1969, através do Decreto-Lei Nº 59, o território do estado foi dividido administrativamente em 8 regiões. Porém, apesar de todo esforço, o projeto não foi implantado (CONDEPE, 1974 *apud* SANTOS, 2005).

Em 1974, o governo do estado criou um grupo de trabalho para a elaboração de planos de desenvolvimento regional, que inicialmente considerou a divisão do território já existente. Entretanto, por motivos técnico-administrativos houve algumas modificações que resultaram na divisão do espaço em 12 regiões (CONDEPE, 1974 *apud* SANTOS, 2005).

A ocupação do espaço se deu de modo bastante heterogêneo, com forte concentração populacional na faixa litorânea, com destaque para capital do Estado, Recife. Atualmente, de acordo com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, o território pernambucano é dividido em 12 regiões de desenvolvimento (PERNAMBUCO, 2012).

Na saúde, o processo de regionalização inicia-se no final do ano 2000, quando da apresentação do Plano Estadual de Saúde, durante a IV Conferência de Saúde, o qual previa a reorganização do sistema de saúde estadual. A definição do desenho regional, nesse período, ocorreu em dois momentos: no primeiro, foram realizados seminários regionais para definição dos módulos assistenciais e perfil das regionais de saúde, tendo como produto o desenho preliminar da regionalização; no segundo, foram identificadas as necessidades de investimento para subsidiar a elaboração do Plano Diretor de Investimento (PDI) (SANTOS, 2005).

O PDR proposto definiu a existência de 3 macrorregiões, 10 microrregiões e 56 módulos assistenciais. O processo de regionalização em Pernambuco coadunou com a publicação da NOAS 01/2001, quando foi elaborado seu primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR), em 2002.

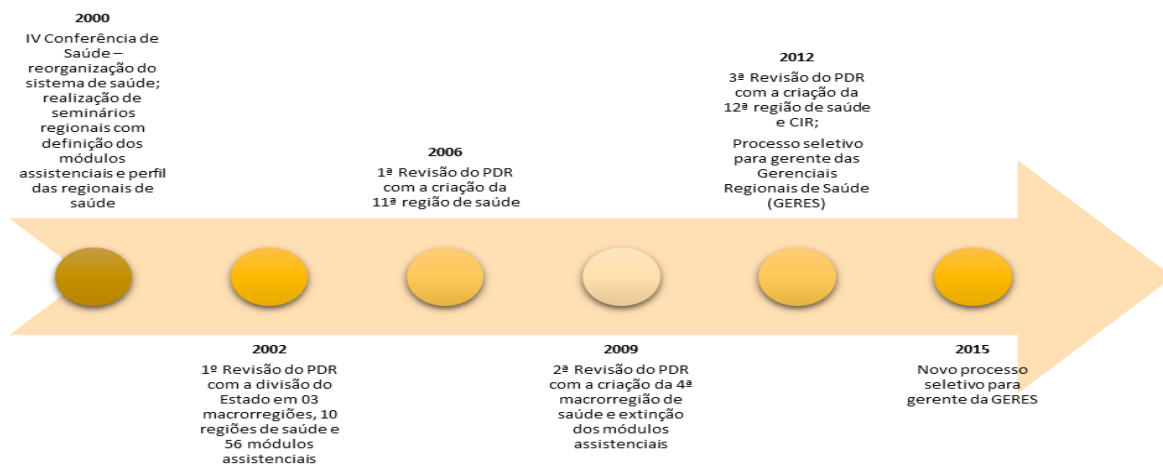
Esse instrumento sofre uma primeira revisão em 2006, resultando na constituição de 3 macrorregiões de saúde, 11 regiões de saúde e 56 módulos assistenciais.

Em 2009, uma nova revisão do PDR acontece, definindo 4 macrorregiões de saúde e 11 regiões de saúde. Esse novo desenho foi fruto de um processo participativo que envolveu equipes gestoras e técnicas do estado e dos municípios.

Em 2011, com a publicação do Decreto nº7508/2011 e a instituição das Redes de Atenção no âmbito do SUS, estabeleceu-se um grupo de trabalho composto de forma paritária por representantes do COSEMS e gestores da Secretaria Estadual de Saúde – SES. Também instituiu-se o Núcleo Estratégico de Regionalização (NER), composto por técnicos das diretorias da Secretaria Executiva de Regulação (Pernambuco, 2012). O resultado foi uma nova revisão do PDR em que constou a criação da 12ª região de saúde e a instituição da CIR (**Figura 9**).

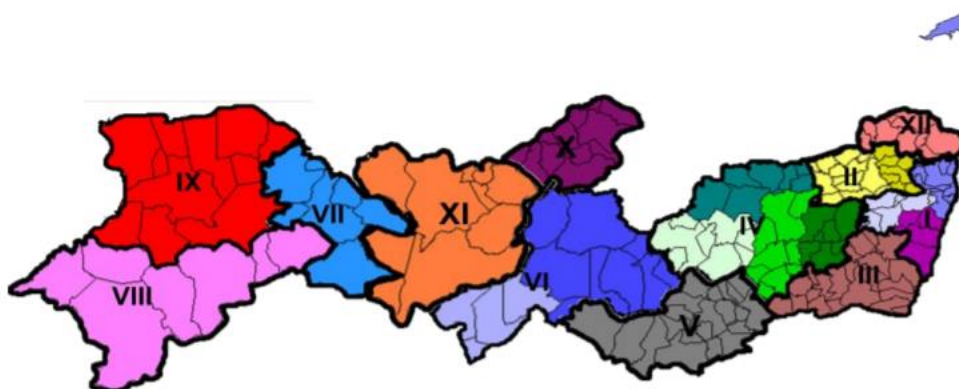
Vale a pena chamar atenção que tanto o PDR quanto o PES fazem menção a macrorregião interestadual do Vale Médio São Francisco – Rede PEBA, cujos objetivos são a consolidação da política de descentralização, o fortalecimento da regulação, a revisão da PPI, a implantação da PPI interestadual e o fortalecimento do Comissão Intergestores Interestadual (CRIE).

Figura 8: Linha do tempo com marcos do processo de regionalização - Pernambuco



Fonte: Elaboração dos autores.

Figura 9: Regiões de Saúde, estado de Pernambuco, 2017.



Fonte: PDR Pernambuco, SES-PE, 2017.

Quadro 4: Indicadores demográficos e sociais para cada Região de Saúde e para o Estado, Pernambuco, 2017.

Estado/Região de saúde	Nº de municípios	Densidade demográfica	Taxa de envelhecimento	Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	Renda média mensal total per capita nominal
Pernambuco	185	89,62	7,37	18,00	442,00
Serra Talhada	10	18,26	8,44	24,14	278,58
Arcoverde	13	28,03	7,55	28,30	244,27
Caruaru	32	109,25	8,15	24,60	329,58
Garanhuns	21	70,0	8,44	30,35	260,86
Goiana	10	158,27	7,69	24,96	262,26
Afogados da Ingazeira	12	41,96	9,55	24,35	264,83
Ouricuri	11	23,18	7,35	27,47	225,11
Palmares	22	121,19	6,33	26,61	230,67
Petrolina	07	29,67	5,12	15,72	374,24
Recife	20	1.048,34	7,08	9,76	589,52
Salgueiro	07	20,33	7,44	20,53	270,92
Limoeiro	20	175,54	8,13	25,15	270,85

Fonte: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração dos autores.

Quadro 5: Indicadores de cobertura, despesa com saúde e indicador sintético para cada Região de Saúde e para o Estado, Pernambuco, 2017

Estado/Região de saúde	Taxa de mortalidade infantil	Cobertura estimada de população coberta pela APS	Despesa total com saúde por hab.	Indicador sintético de desempenho de serviço de saúde
Pernambuco	14,11	70,75	613,00	-
Serra Talhada	19,19	83,06	418,01	2,0
Arcoverde	19,45	86,19	404,15	1,67
Caruaru	13,66	74,54	403,67	1,67
Garanhuns	16,12	86,92	414,89	1,67
Goiana	13,45	93,35	467,99	2,67
Afogados da Ingazeira	13,25	96,80	483,97	2,67
Ouricuri	16,54	92,72	404,07	1,67
Palmares	14,18	82,20	439,30	1,67
Petrolina	16,57	77,85	402,67	1,67
Recife	12,47	61,50	476,74	2,67
Salgueiro	17,79	95,33	432,74	1,67
Limoeiro	12,89	95,29	406,61	2,33

Fonte: <http://www.resbr.net.br/indicadores>. Elaboração dos autores.

Quadro 6: Quadro comparativo do processo de regionalização, União, Bahia e Pernambuco.

Esfera	Normatização/ano			
União	2002 NOAS/SUS 01	2006 Pacto de Gestão		2011 Decreto 7508
Bahia	2003 1º PDR	2007 1ª Revisão do PDR 30 regiões de saúde Criação dos CGR	2008 2ª Revisão do PDR 28 regiões de saúde	2012 Reconhecimento de 28 regiões de saúde e 09 macrorregiões Instituição da CIR
Pernambuco	2002 1º PDR	2006 1ª Revisão do PDR 11 regiões de saúde	2009 2ª Revisão PDR Criação da 4ª macrorregião de saúde	2012 3ª Revisão PDR 12 regiões de saúde Instituição da CIR

Fonte: Elaboração dos autores.

2.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO VALE MÉDIO SÃO FRANCISCO – REDE PERNAMBUCO-BAHIA

O trânsito de usuários entre os serviços de saúde dos municípios de Petrolina e de Juazeiro sempre aconteceu, assim, após um intenso e vigoroso processo coletivo com origem na municipalidade, a Rede PE/BA foi formalmente constituída. Para tal, elaborou-se um Projeto com o objetivo de estruturar e melhor organizar o fluxo já existente.

Essa rede se conforma em uma macrorregião interestadual, compreendendo os estados de Pernambuco e Bahia, e composta pelas macrorregiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro, que juntas agregam 53 municípios e uma população de 1.918.105 habitantes (Regiões e Redes, 2016).

Como objetivos específicos o projeto definiu:

- Definir a instância de cogestão da macrorregião interestadual;
- Elaborar diagnóstico de saúde, identificando os principais problemas da região;
- Implementar as linhas de cuidado e atenção priorizada no Pacto pela Saúde;
- Fortalecer a atenção básica;

- Redimensionar o SADT;
- Estabelecer nova modelagem da atenção hospitalar e especializada;
- Elaborar PPI da macrorregião;
- Elaborar PDI para macrorregião;
- Desenvolver mecanismos macrorregionais para integrar a regulação;
- Fortalecer os colegiados de gestão regionais.

A construção desse projeto teve apoio do Ministério da Saúde que, através da Portaria nº1989/2008, definiu um grupo de trabalho composto por representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Pernambuco e da Bahia, das Secretarias de Saúde dos municípios de Petrolina, Salgueiro, Ouricuri, Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim e da UNIVASF. Além disso, contou com apoio técnico de consultores coordenados pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

A estratégia adotada para a elaboração do projeto foi a realização de fóruns macrorregionais, sendo 3 deles realizados ao longo do processo.

Quanto a organização da rede, levou-se em consideração as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde quanto a definição de uma região de saúde. Isto posto, ficou assim desenhada a rede em relação aos níveis de atenção:

- Município: Atenção Básica resolutiva;
- Regional I: atenção ambulatorial, hospitalar e SADT de média complexidade, correspondendo ao menor nível de complexidade para o SAMU regional;
- Regional II: atenção ambulatorial, hospitalar e SADT de média complexidade, corresponde ao primeiro nível de referência para alguns serviços de alta complexidade (TRS, raio X contrastado, tomografia, endoscopia, UTI/UCI adulto e neonatal);
- Macrorregional: principal nível de referência para alta complexidade (patologia especializada, densitometria óssea, ressonância, radiologia intervencionista, hemodinâmica, eletromiografia, colonoscopia,

histeroscopia, cardiologia, reabilitação física, saúde visual, hemoterapia, unidade de isolamento e UTI infantil);

- Macrorregião interestadual: agrega macrorregiões de saúde pertencentes a mais de um estado da federação, sendo referência para alta complexidade (oncologia, neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cirurgia cardiovascular pediátrica, broncoscopia, angiografia, cintilografia, UTI para queimados).

Quanto a rede de oncologia, os consensos estabelecidos definiram que o UNACON de Petrolina será constituído pela integração do serviço de oncologia ofertado pela APAMI com a estrutura existente no Hospital Dom Malan, configurando-se na referência para o câncer ginecológico e infantil de toda a região. Já o UNACON de Juazeiro será estruturado no Hospital Regional de Juazeiro sendo referência para os demais tipos de câncer e o serviço de radioterapia.

O perfil das unidades hospitalares de referência para a macrorregião interestadual foi definido por consenso, sendo assim, desenhado:

- Hospital Dom Malan (PE) – referência terciária para atenção à criança e à mulher, e atendimento ao câncer infantil e ginecológico;
- Hospital Regional de Juazeiro (BA) – referência para urgências clínicas e cirúrgicas, atendimento especializado para doenças infecciosas e nefrologia, e atendimento ao câncer adulto nas modalidades clínica e cirúrgica;
- Hospital de Urgência e Trauma (PE) – referência para urgências e emergências (poli-trauma, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral e clínica médica).

Vale ressaltar ainda que o projeto previa o fortalecimento da APS. Para tal, definiram-se três eixos: a expansão da Estratégia de Saúde da Família, a estruturação da rede de atenção e a qualificação do cuidado.

Para consolidação da APS na região, também estabeleceram-se três eixos de atuação: a expansão da ESF, segundo a qual os municípios deveriam elevar sua cobertura populacional para no mínimo 60%; a estruturação da rede

básica, que previa a priorização da organização na atenção materno-infantil com acolhimento das urgências, a organização de um observatório sobre a APS na região e o fortalecimento da atuação da APS na atenção às urgências; e, por fim, o terceiro eixo dizia respeito à qualificação do cuidado que, para tal, definiu-se como estratégia a cooperação técnica entre as SES no desenvolvimento de projetos e programas voltados a qualificação da APS, e o envolvimento da SES/PE no módulo de acolhimento das urgências na APS no curso sobre linha de cuidado realizado pela SES/BA.

A redução da mortalidade materna-infantil, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a regulação integrada foram outras ações previstas no projeto.

Em relação à regulação integrada, as diretrizes estabelecidas foram:

- Construção dos perfis e contratualização dos serviços especializados;
- Complexo regulatório macrorregional em regime de cogestão;
- Regulação dos serviços de referência macrorregional;
- Regulação dos encaminhamentos para os polos estaduais;
- Definição e articulação das diretrizes em relação ao transporte sanitário;
- Definição do plano de informatização e informática;
- Construção das linhas de produção de cuidado e articulação dos processos regulatórios.

Atualmente, a Rede PE/BA conta com uma central de regulação interestadual de leitos (CRIL), gerenciada na modalidade de cogestão e financiamento compartilhado.

A implantação dessa rede interestadual conforma-se em um caso original, pois é uma experiência pioneira no contexto da estruturação e organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Além da CRIL, outra inovação foi a criação de um espaço de governança regional constituído pelos secretários de saúde de Pernambuco e da Bahia, dos secretários dos municípios de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, do lado de Pernambuco, e dos municípios de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, do lado da Bahia.

Apesar de um espaço institucionalizado, já que é reconhecido por ambas as secretarias estaduais de saúde, através de resoluções CIB de Pernambuco e da Bahia, o papel dessa governança no processo de tomada de decisão sobre a rede PEBA está enfraquecido. Uma variável que demonstra esse enfraquecimento o número de reuniões realizadas no período de 2014 a 2015, apenas 2 encontros. A pauta de reunião ocorrida em 2014 trouxe a situação da RUE, no que concerne a atenção em traumatologia e projeto Qualisus Rede. Na reunião realizada em 2015, a pauta foi a apresentação sobre a CRIL, a definição do calendário de reuniões da CRIE (bimensais), a inclusão de um representante do Ministério da Saúde na CRIE, a situação dos hospitais de referência da Rede, o processo seletivo da EBHSE para o Hospital de Traumas (HU da UNIVASF) e a mudança da composição da câmara técnica da CRIE. Chama atenção que a reunião realizada em 2015 não contou com a presença dos secretários de saúde de ambos os estados.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO E DOS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA DA PESQUISA

2.4.1 Região de Petrolina

A Gerência Regional de Saúde VIII (GERES) é a unidade administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco responsável pelo apoio técnico e operacional aos municípios que formam a região de Petrolina, a saber: Petrolina, Afrânio, Dormentes, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista e Lagoa Grande. Juntos, os municípios possuem uma população de 434.713 habitantes.

Além de serviços de saúde municipais, a região conta serviços estaduais do Hospital Dom Malan, da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), do Laboratório Farmacêutico do estado de Pernambuco (Lafepe) e do Hemocentro Regional.

A pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” criou uma nova tipologia para 438 regiões de saúde do país, através da utilização de fontes de dados do Censo Demográfico 2010,

realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); dos Bancos de Dados do Sistema Único de Saúde disponíveis no Datasus; da Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, disponibilizada anualmente pelo Ministério do Trabalho⁴ e do Sistema de Contas Regionais – IBGE. As unidades de análise para esta tipologia foram as regiões de saúde, a partir da agregação de dados municipais e microdados do Censo Demográfico 2010. De acordo com a Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços da Saúde, foram criados 5 grupos para as regiões:

- Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil, no ano de 2013.
- Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 53 regiões, 590 municípios e 7,3% da população do Brasil no ano de 2010. A maioria dessas regiões está localizada nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste (Norte de Minas e Vale do Ribeira em São Paulo)
- Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.
- Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.
- Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços): inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Além do tipo de prestador:

- Prestador predominantemente público: 122 regiões

⁴Disponível em: www.mte.gov.br

- Situação intermediária: 185 regiões
- Predominantemente privado: 129 regiões

Segundo essa tipologia, a região de Petrolina faz parte do grupo com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços (**grupo 3**) com um perfil de prestador ambulatorial de média complexidade predominantemente público, e privado na atenção ambulatorial de alta complexidade.

Para atividade de campo foram selecionados os municípios de Petrolina, Cabrobó e Orocó. Os critérios foram: número de estabelecimentos de saúde (maior e menor), ser polo regional e porte populacional.

Município de Petrolina



É um município do interior de Pernambuco, distante 714 Km da capital, com uma área territorial de 4.561.872 Km², sendo que deste total apenas 244,8 Km² em perímetro urbano. O acesso ao Recife pode ser feito através das estradas federais BR-428 e BR-232, ou pelo aeroporto de Petrolina.

A população é estimada em 337.683 habitantes, a densidade demográfica é de 64,44, sendo o quinto maior município do estado e o segundo do interior pernambucano. Apresenta IDH de 0,697 e o melhor índice de saneamento básico do Nordeste, com 95% de coleta de esgoto (IBGE, 2016).

A rede de atenção à saúde é formada por 365 estabelecimentos, dos quais 86 são da administração pública municipal. Em relação ao tipo de estabelecimento, possui 45 centros ou unidades básicas de saúde, 3 academias da saúde, 8 centros de apoio a saúde da família, 3 centros de atenção psicossocial (CAPS), 99 ambulatorios especializados, 6 hospitais gerais, 1 hospital especializado, 2 hospitais dia, 2 policlínicas e 32 unidades de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) (CNES, 2016).

Município de Cabrobó



Distrito criado em 1786, elevado à categoria de vila em 1854. Em 1903, a sede do município é transferida para a Vila de Belém de Cabrobó, quando é elevada à condição de cidade pela Lei estadual Nº 597/1903. Em 1924 o município passou a ser chamado de Belém de Cabrobó, denominação que permaneceu até 1931.

Distante de Petrolina 182 Km e do Recife 532 Km, utiliza como acesso estradas federais, BR-428 e BR-232, respectivamente. Possui uma população estimada de 33.557 habitantes, distribuída em uma área territorial de 1.657.705 Km² e com uma densidade demográfica de 18,62. Seu IDH é 0,623 e PIB per capita, a valor corrente, em 2013, de R\$ 9.924,80 (IBGE, 2016).

A sua rede de atenção à saúde é formada por 33 estabelecimentos de saúde, dos quais 17 são da administração pública municipal. Vale destacar que o município possui 7 unidades de atenção indígena, todas vinculadas à administração pública federal.

Quanto ao tipo de estabelecimento, há 10 centros ou unidades básicas de saúde, 2 academias da saúde, 7 unidades de atenção indígena, 1 centro apoio à saúde da família, 1 centro de atenção psicossocial (CAPS), 1 clínica especializada, 1 hospital geral e 1 unidade de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) (CNES, 2016).

Município de Orocó



O local foi habitado primitivamente por indígenas por ser muito propício à caça e pesca. Posteriormente, foi uma fazenda de criação de gado de propriedade

do Sr. Mariano Reis. Por volta de 1912, o Sr. Quirino do Nascimento, que residia no estado da Bahia, instalou-se no local que dava acesso à travessia do Rio São Francisco e que separava os estados de Pernambuco e da Bahia.

Em 1915, instala-se uma feira na localidade, que é totalmente destruída pela grande cheia do rio São Francisco em 1919.

No ano de 1934 é criado o distrito, vinculado ao município de Cabrobó, e em 1963 é elevado a condição de município pela Lei estadual nº 4.476/1963.

Sua área territorial é de 554.760 Km, possui uma população de 13.180 habitantes, densidade de 23,60 e IDH de 0,610. Dista de Petrolina 144 Km e de Recife 570,4 Km, tendo acesso por meio das rodovias federais, BR- 428 e BR – 232, respectivamente.

O valor do rendimento mediano per capita mensal dos domicílios urbanos é de R\$ 212,67 e do rural de R\$ 150,00. Do total de habitantes, em 2013, apenas 772 pessoas possuíam algum tipo de ocupação (IBGE, 2016).

A sua rede de atenção à saúde é formada por apenas 7 estabelecimentos de saúde, em sua totalidade públicos municipais. Quanto ao tipo de estabelecimento, conta com 1 centro ou unidade básica de saúde, 3 postos de saúde, 1 academia da saúde e 1 unidade mista.

2.4.2 Região de Juazeiro

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SEASB), a região de saúde Juazeiro conjuntamente com as regiões de Paulo Afonso e Senhor do Bonfim compõem a macrorregião Norte e administrativamente está vinculada ao Núcleo Regional Norte, o qual substitui a antiga Diretora Regional de Saúde (DIRES).

A região é formada pelos seguintes municípios, Juazeiro, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaça, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá, com uma população de 537.115 habitantes (BAHIA, 2016).

De acordo com tipologia descrita no item 2.4.1, a região de Juazeiro faz parte do grupo com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (**grupo 1**), com leve predominância de prestador privado (63,5%).

Para o trabalho de campo foram selecionados, além de Juazeiro, município polo da região e da macrorregião de saúde, as cidades de Casa Nova e Remanso.

Município de Juazeiro



Município do interior da Bahia, inicialmente povoado, o qual foi elevado à categoria de vila em 1833, desmembrando-se do município de Sento Sé. Em 15 de julho de 1878 torna-se cidade, por meio da Lei nº1.814/1878.

Possui uma área territorial de 6.500,691 Km², com uma população de 220.253 habitantes, densidade demográfica de 30,45 e IDH de 0,677 (IBGE, 2016). Distante de Salvador 507,8 Km, seus acessos se dão por via terrestre através das BR-407 e BR-324, e aérea pelo aeroporto de Petrolina – PE.

Sua rede de atenção à saúde é composta por 203 estabelecimentos, dos quais 71 são da administração pública municipal. Em relação ao tipo de estabelecimento, há 49 centros ou unidades básicas de saúde, 40 ambulatórios especializados, 2 centros de atenção psicossocial (CAPS), 1 policlínica, 1 centro de parto normal, 2 hospitais especializados, 3 hospitais gerais, 2 hospitais dia, 1 pronto-atendimento e 18 serviços de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) (CNES, 2016).

Município de Casa Nova



O povoamento do território começou na primeira metade do século XIX, graças a exploração das minas de cloreto de sódio. Em 1873 é denominado Distrito de São José do Riacho da Casa Nova, subordinado ao município de Remanso do Pilão Arcado; já em 1879 é elevado à categoria de município com a denominação de São José de Casa Nova. Somente em 1933, através do Decreto nº 7455/1933, passou a ser chamado de Casa Nova.

Possui uma área territorial de 9.647,069 Km², uma população de 72.798 habitantes, densidade demográfica de 6,73 e IDH de 0,570 (IBGE, 2016). Distante de Juazeiro 68,9Km, seu acesso é por via terrestre, pela rodovia federal BR-235.

A sua rede de atenção à saúde é constituída por 28 estabelecimentos de saúde, dos quais 22 são da administração pública municipal. Em relação à tipologia dos serviços, existem 5 unidades básicas de saúde, 1 centro de apoio ao saúde da família, 2 ambulatorios especializados, 1 centro de atenção psicossocial (CAPS), 10 postos de saúde, 1 hospital dia e 2 unidades de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) (CNES, 2016).

Município de Remanso



O povoamento teve início no final do século XVIII. A fixação dos primeiros habitantes se deu pela fertilidade do solo e da pesca. Formou-se, assim, o Arraial de Nossa Senhora do Remanso. Em 1857, a sede do município de Pilão

Arcado foi transferida para Remanso, criando o município de Nossa Senhora do Remanso de Pilão Arcado. Já em 1900, é elevado a condição de cidade e seu nome foi simplificado para Remanso.

Como curiosidade, o nome decorre, do modo vagaroso, quase parado com que as águas do rio São Francisco chegam à localidade. Em 1977, a sede do município foi transferida para um novo local, 7km distante da antiga cidade, em decorrência da implantação da Barragem Sobradinho que inundou um quarto do seu território. A nova cidade foi planejada e construída pelo governo federal.

Sua área territorial é de 4.683,409 Km², com uma população de 42.481 habitantes, densidade demográfica de 8,32 e IDH de 0,579 (BGE, 2016). Situa-se a 208,8 Km de Juazeiro e sua principal via de acesso é a rodovia federal BR-235.

A sua rede de atenção à saúde é formada por 22 estabelecimentos de saúde, sendo 18 da administração pública municipal; 3 centros ou unidades básicas de saúde, 1 academia da saúde, 7 postos de saúde, 2 ambulatórios especializados, 1 centro de atenção psicossocial (CAPS), 2 hospitais gerais e 1 unidade de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) (CNES, 2016).

2.4.3 Diagnóstico das regiões da amostra

A região de Juazeiro e Petrolina, juntas, agregam 838 estabelecimentos de saúde, sendo que deste total, 57,6% estão situados na região de Petrolina. Quanto a tipologia, verifica-se que existe uma predominância de unidades ambulatoriais seguida de SADT. Chama atenção o número de postos de saúde que existem na região de saúde de Juazeiro (40), três vezes maior quando comparado com a região de Petrolina (12). A região agregada conta apenas com um centro de parto normal e uma unidade de pronto-atendimento (**Tabela 2**).

Tabela 2: Número de estabelecimentos de saúde, segundo tipo nas regiões de saúde de Petrolina e de Juazeiro, 2016.

<i>Tipo de estabelecimento</i>	<i>Região Petrolina</i>	<i>Região Juazeiro</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Academia da saúde	10	04	14	1,7
Central de regulação de urgências médicas	01	01	01	0,1
Centro de apoio a saúde da família	10	02	12	1,4
CAPS	07	10	17	2,0
Centro de parto normal	0	01	02	0,2
UBS	96	92	188	22,4
Central de regulação	04	03	07	0,8
Ambulatório especializado	107	49	156	18,6
Consultório	137	77	214	25,5
Farmácia	03	02	05	0,6
Hospital especializado	01	02	03	0,3
Hospital geral	09	14	23	2,8
Hospital dia	02	03	05	0,6
Laboratório de saúde pública	01	01	02	0,2
Policlínica	15	01	16	1,9
Posto de saúde	12	40	52	6,2
Pronto-atendimento	0	01	01	0,1
Unidade de saúde indígena	07	04	11	1,3
SADT	36	23	59	7,1
Unidade móvel pré-hospitalar móvel	07	18	25	2,9
Unidade de vigilância à saúde	04	03	07	0,8
Unidade móvel terrestre	07	04	11	1,3
Home care isolado	01	0	01	0,1
Unidade mista	04	0	04	0,5
Telessaúde	01	0	01	0,1
Centro de atenção hemoterápico	01	0	01	0,1
Total	483	355	838	100

Fonte: CNES/Ministério da Saúde, 2016. Elaboração dos autores

Quanto ao número de leitos segundo especialidades, observa-se que do total de leitos (1220), 34,7% são de clínica médica, seguida de clínica cirúrgica (27,1%). Juntas, as duas modalidades respondem por mais da metade de todos os leitos disponíveis para as duas regiões de saúde para o SUS (**Tabela 3**).

Tabela 3: Número de leitos segundo tipo e disponibilidade SUS nas regiões de Juazeiro e Petrolina, 2015.

<i>Tipo de leito</i>	<i>Juazeiro</i>		<i>Petrolina</i>		<i>Total SUS</i>
	<i>Existente</i>	<i>SUS</i>	<i>Existente</i>	<i>SUS</i>	
Cirúrgico	260	228	171	103	331
Clínico	255	245	228	179	424
Obstétrico	155	145	132	108	253
Pediátrico	97	83	152	129	212

Total	767	701	683	519	1220
-------	-----	-----	-----	-----	------

Fonte: SAGE/Ministério da Saúde, 2015. Elaboração dos autores.

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde das regiões do estudo utilizou o modelo conceitual de avaliação do PROADESS⁵. No tocante a demografia a região de Juazeiro apresenta um percentual maior de pessoas com 65 anos ou mais (6,7%) em relação a Petrolina (5,1%); mais de 1/3 da população vive em áreas rurais, situação que justifica a baixa densidade demográfica em alguns municípios, que chega a menos de 8,0, a exemplo de Remanso na Bahia.

Em relação ao acesso à atenção básica, verifica-se que a região de Petrolina tem desempenho melhor quanto ao percentual de crianças vacinadas com a tetravalente (94,4%) e Juazeiro, quanto a razão de Papanicolau (0,52). Quanto ao acesso à atenção terciária, Petrolina apresenta um desempenho melhor.

A região de Petrolina demonstra uma melhor adequação dos serviços de saúde quando comparado com Juazeiro. Em relação a efetividade e a eficiência os resultados para as duas regiões são semelhantes (**Tabela 4**).

Tabela 4: Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde das regiões de Juazeiro e Petrolina segundo alguns indicadores selecionados do PROADESS.

<i>Dimensão/Indicador</i>	<i>Região de Saúde</i>	
	<i>Juazeiro</i>	<i>Petrolina</i>
Acesso à Atenção Básica		
% de crianças vacinadas com a tetravalente	86,0	94,4
Razão de Papanicolau	0,52	0,34
Acesso a atenção terciária		
Taxa bruta de angioplastia para cada 100 mil hab. com 20 anos ou mais	16,7	34,5
Adequação dos serviços		
AVC com tomografia	30,0	68,6
Mães de nascidos vivos com 07 ou mais consultas de pré-natal	39,5	56,8
% de parto cesáreo	38,5	40,7
Efetividade		
Internação por insuficiência cardíaca	370,4	223,6
Mortalidade por HAS na população de 50 – 64 anos	14,0	14,6
Eficiência do serviço		
% de vasectomia em regime ambulatorial	0,0	7,7

⁵ As definições, métodos de cálculo e fontes de informação são apresentados nas Fichas Técnicas que integram cada indicador do PROADESS, disponível em <
<http://www.proadess.icict.fiocruz.br>>

Avaliando os indicadores do financiamento da saúde, constata-se que as médias per capita nas regiões de Petrolina e de Juazeiro são de R\$ 664,20 e R\$677,50, respectivamente. Os percentuais de população beneficiária de planos de saúde na região de Juazeiro e de Petrolina são 10,9% e 20,6%, respectivamente.

Quanto à capacidade instalada dos sistemas regionais, observa-se que o número de leitos para cada 1000 habitantes para as regiões de Petrolina e de Juazeiro está abaixo do parâmetro de 2,5 a 3 leitos/1000 hab. Em relação ao número de mamógrafos, a Portaria GM/MS Nº 1631/2015 define que a necessidade de aparelhos deve considerar a indicação para realização de exames (rastreamento e indicação diagnóstica) e não mais a relação de 1 aparelho para cada 240 mil pessoas.

Quanto ao aparelho de USG, a normativa do MS estabelece um cálculo considerando a necessidade e a produtividade do equipamento ao ano; fazendo um paralelo entre a população das regiões de Petrolina e de Juazeiro e a razão por 100.000 hab., pode-se inferir que existe déficit no número de aparelhos, já que para Petrolina são necessários 22 equipamentos (pop. 437.713) e para Juazeiro 27 equipamentos (pop.537.115). Um déficit também foi encontrado na disponibilidade de tomógrafo em ambas as regiões. A razão de equipamento para cada 100 mil habitantes é inferior a 1 unidade.

A disponibilidade de médicos nas regiões de saúde de Juazeiro e Petrolina é distinta. Petrolina tem uma situação melhor para os indicadores avaliados, com exceção dos médicos do saúde da família. A maior disparidade é quanto ao número de cardiologistas, em que a disponibilidade de Petrolina é duas vezes maior do que a encontrada em Juazeiro (**Quadro 7**).

Quadro 7: Indicadores de Recursos Humanos, PROADESS.

Indicador	Região de Saúde	
	Juazeiro	Petrolina
Total de médico por 1000 habitante	0,9	1,2
Médico do saúde da família ou médico comunitário disponível ao SUS para 100 mil hab.	11,3	9,1
Médico gineco-obstetra e mastologista para cada 100 mil	4,9	10,2

hab.		
Médico cardiologista para cada 100 mil hab.	2,6	4,3

Fonte: PROADESS, 2016. Elaboração dos autores.

III RESULTADOS DADOS PRIMÁRIOS DAS REGIÕES DE PETROLINA E DE JUAZEIRO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo ocorreu no período de 16 a 20 de novembro de 2015, durante o qual foram realizadas 66 entrevistas, com gestores municipais, gestores regionais, prestadores de serviço e segmentos da sociedade civil. As entrevistas ocorreram na sede das duas regiões de saúde, Petrolina e Juazeiro, e também em municípios que integram as referidas regiões de saúde, Orocó e Cabrobó – região de Petrolina; e, Remanso e Casa Nova – região de Juazeiro.

Participaram 27 pesquisadores das várias instituições de ensino e pesquisa que integram o projeto. O maior número de entrevistas ocorreu na região de Petrolina (34), sendo 17 em Petrolina, 9 em Cabrobó e 8 em Orocó. Na região de Juazeiro, foram 13 em Juazeiro, 11 em Remanso e 8 em Casa Nova.

Foram realizadas ainda 6 entrevistas com membros da equipe gestora da Secretaria de Saúde de Pernambuco, no período de 11 a 14 de maio de 2016.

Tabela 5: Quantitativo de entrevistas segundo município e tipo de instrumento por região de saúde, novembro de 2015.

Região de Saúde	Municípios Visitados	Questionários	Roteiros	IT	Total
Petrolina	Petrolina	17	02	15	19
	Cabrobó	09	02		11
	Orocó	08	04		12
	<i>Total</i>	<i>34</i>	<i>08</i>		<i>42</i>
Juazeiro	Juazeiro	13	01	15	14
	Remanso	11	09		20
	Casa Nova	08	01		09
	<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>11</i>		<i>43</i>
Secretária Estadual Saúde PE		0	06	-	06
Secretária Estadual Saúde BA		-	-	-	-
TOTAL		66	25	15	106

Fonte: Elaboração dos autores.

3.2 CARACTERIZAÇÃO POR TIPO DE QUESTIONÁRIO E RESPONDENTE

Do total dos 66 questionários aplicados, 24,2% (16) foram do tipo prestador municipal, seguido do prestador regional, 19,7% (13) e vigilância em saúde, 15,2% (10). O questionário tipo gestor municipal foi aplicado com os secretários de saúde dos 6 municípios e gestor regional foi aplicado junto a gerente da GERES VIII, com sede em Petrolina, e com a coordenadora do Núcleo Regional Norte, com sede em Juazeiro.

Tabela 6: Número de questionários aplicados por tipo de questionário, novembro 2015.

Questionário Aplicado	Sigla	Questionários aplicados
Assistência Farmacêutica	AF	07
Gestor municipal	GM	06
Gestor regional	GR	02
Prestador municipal	PM	16
Prestador regional	PR	13
RUE / SAMU	RUE	07
Sociedade	S	05
Vigilância em Saúde	VS	10
Total Geral		66

Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto ao perfil dos entrevistados, a predominância foi do sexo feminino (60%), com idade entre 31 e 40 anos de idade (38%), e mais da metade tinha como área de formação a enfermagem (51,2%).

O tempo na instituição variou de 1 a mais de 21 anos, sendo que, 52% dos respondentes tinham de 1 a 5 anos de vínculo com a organização/entidade; concursados (33%) e cargos comissionados (25%) foram os tipos de vínculo mais frequentes.

3.3 DIMENSÃO POLÍTICA

O objetivo desse tópico é compreender o processo de tomada de decisão na região, tentando identificar o caráter do espaço de governança regional, os

atores/instituições que exercem maior influência e a existência ou não de conflitos.

A região, além da Comissão Intergestores Regional (CIR), conta com um outro espaço de governança regional, criado junto com a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio Vale São Francisco, que se conforma num colegiado de gestão interestadual (CRIE). Tem como finalidade discutir e pactuar decisões que envolvam a Rede de Saúde Pernambuco/Bahia composta pelos gestores estaduais, gestores dos municípios polos, representantes dos municípios que compõem as regiões de saúde e da UNIVASF. Existe a intenção de incluir a representação do Ministério da Saúde, que até a presente data participa apenas quando convidado.

Apesar de não ser um espaço reconhecido pelas normativas legais do SUS, o CRIE foi institucionalizado em 2010 por meio de resolução homologada pelas CIB de Pernambuco (Resolução CIB/PE 1471/2010) e da Bahia (Resolução CIB/BA 089/2010). As referidas resoluções tratam do regimento interno do CRIE.

Os dados aqui descritos relacionam-se com a CIR de Petrolina e de Juazeiro. Para 100% dos respondentes, a CIR tem caráter deliberativo, entretanto, uma análise das atas dos anos de 2015 e 2016 mostra que esse espaço de governança não delibera sobre a política de saúde da região; as pautas são definidas em instância regional da SES (NRS–Bahia e GERES–Pernambuco). As deliberações pouco influenciam a definição da Política de Saúde Regional, estando fortemente relacionadas à aprovação de novos serviços de âmbito local.

A organização da CIR, segundo 42,86% dos entrevistados, se dá por grupos de trabalho, comissões e reuniões.

Por outro lado, as atas da CIR apontam que os trabalhos são realizados por meio de câmaras técnicas, grupos de trabalho e reuniões; não foi identificada existência de comissões.

Para 100% dos respondentes, os órgãos mais relevantes para a definição da pauta são a estrutura regional e as secretarias municipais, seguidas do apoiador do COSEMS (85%) e prestadores de serviços de saúde.

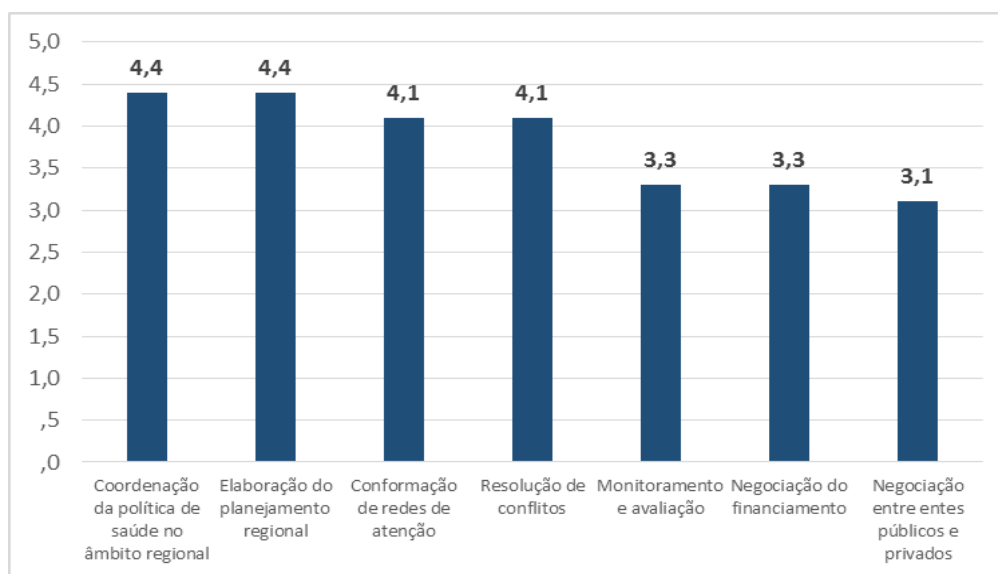
Porém, em nenhuma das atas analisadas os temas de pauta foram demandas municipais, quase que na totalidade definidas pela instância regional da SES; 85,71% dos entrevistados afirmaram que predomina na interação entre os participantes da CIR a realização de objetivos acordados entre os participantes.

De fato, percebe-se que existe este tipo de interação, mas, verifica-se uma assimetria de poder entre os membros, com forte predominância da representação da instância regional.

Por sua vez, na análise das atas foi verificada baixa frequência dos gestores dos municípios de Juazeiro e Petrolina nas reuniões.

A CIR contribui de modo preponderante para a coordenação da política de saúde no âmbito regional, elaboração do planejamento regional, conformação das redes de atenção e resolução de conflitos (**Gráfico 6**).

Gráfico 6: Contribuição da CIR na gestão regional.

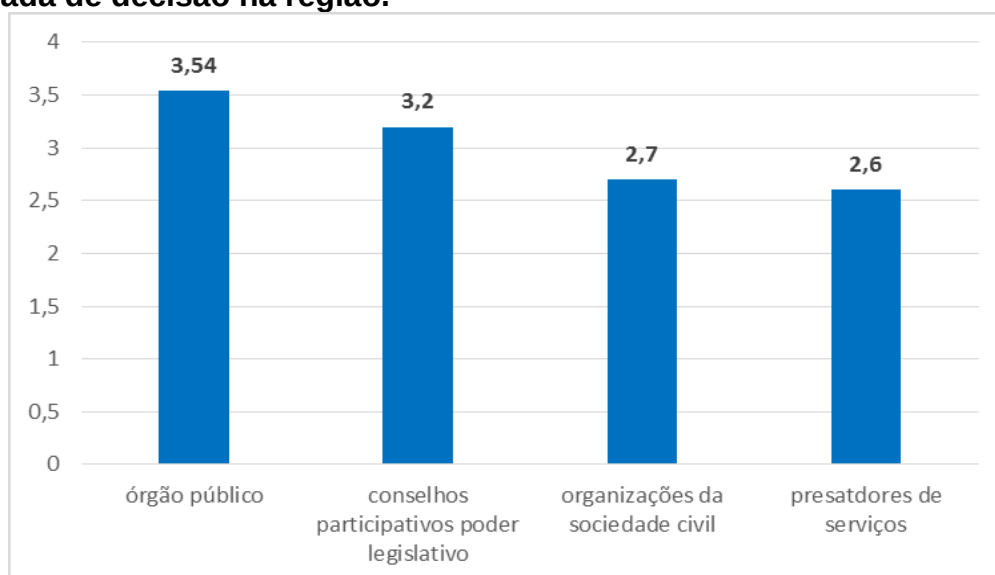


Fonte: Elaboração dos autores.

Quando questionados sobre a importância de determinados atores no processo de tomada de decisão na CIR, constata-se que os órgãos públicos são os mais importantes, seguido dos conselhos participativos e Poder Legislativo, organizações da sociedade civil e prestadores de serviços de saúde. No segmento dos órgãos públicos, a SES foi a que obteve o maior escore, 3,9; entre os conselhos participativos e Poder Legislativo, foi o COSEMS, com 3,9;

no segmento da sociedade civil organizada, a mídia foi a de maior importância, com 3,2; e entre os prestadores, os serviços públicos de média e alta complexidade são percebidos como os mais importantes, com escore de 3,7 (**Gráfico 7**).

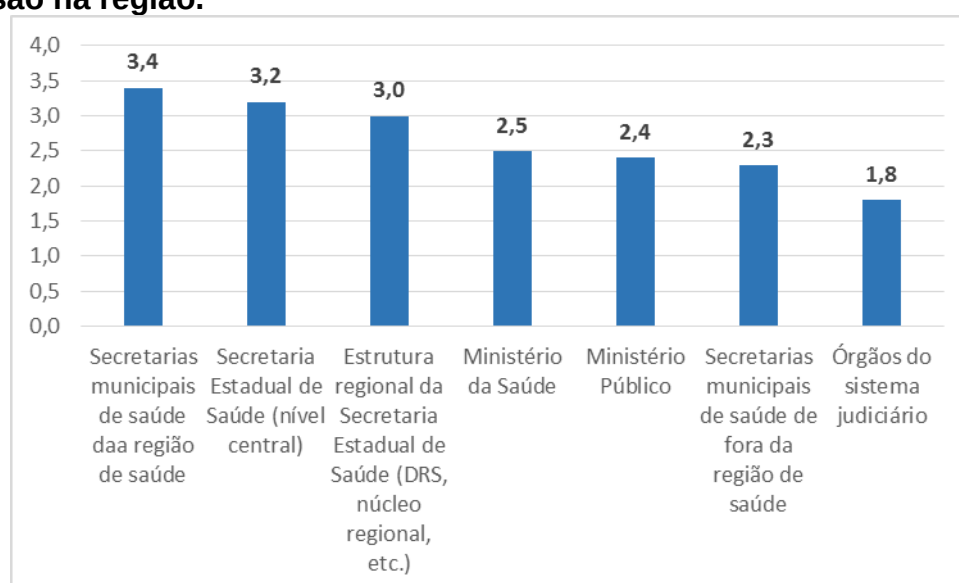
Gráfico 7: Importância de determinados seguimentos no processo de tomada de decisão na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

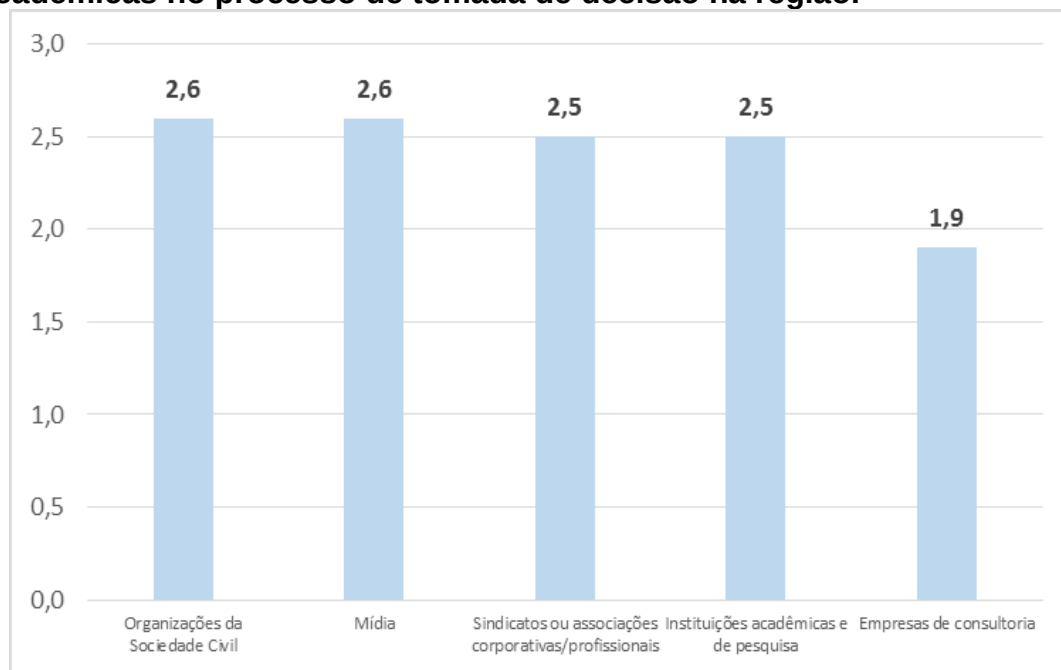
Contudo, quando avaliada a influência, constata-se que para os respondentes as secretarias municipais de saúde da região, a mídia, a sociedade civil organizada e os conselhos de saúde são os mais influentes (**Gráfico 8, 9 e 10**)).

Gráfico 8: Influência dos órgãos públicos no processo de tomada de decisão na região.



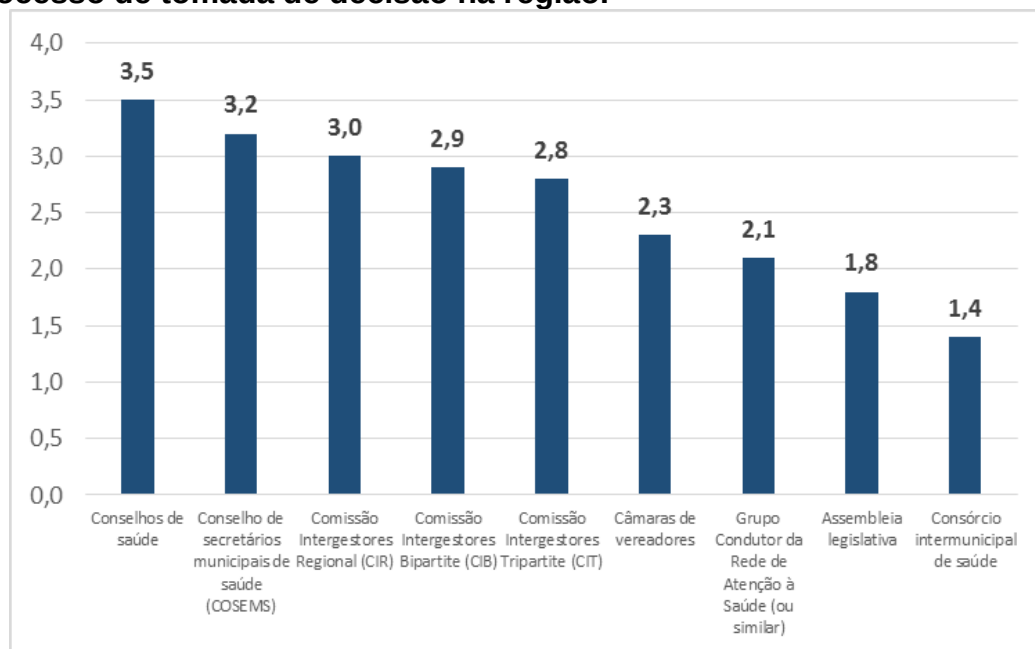
Fonte: Elaboração dos autores.

Gráfico 9: Influência das organizações da sociedade civil e instituições acadêmicas no processo de tomada de decisão na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Gráfico 10: Influência dos Conselhos participativos e poder legislativo no processo de tomada de decisão na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

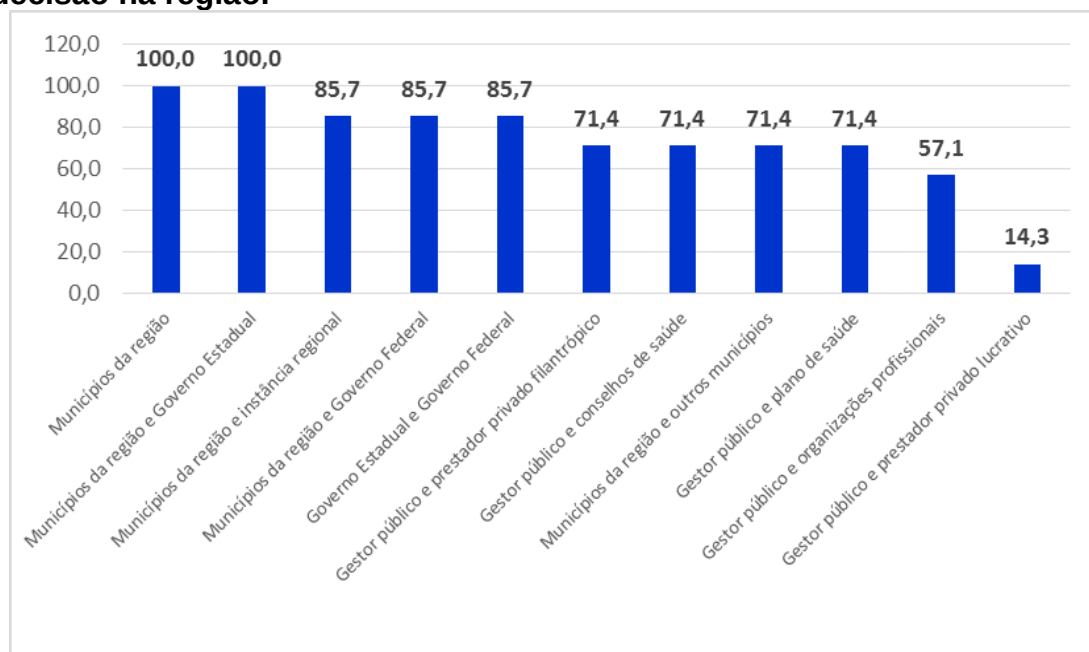
Nesse aspecto, as atas da CIR de Juazeiro mostram que, majoritariamente, as pautas são demandadas pela instância regional da SES; entre 2015 e 2016,

apenas 19,3% foram assuntos trazidos pelos gestores municipais, dos quais, 100% estavam relacionados à implantação de novos serviços na atenção básica (credenciamento de NASF).

Já nas atas da CIR de Petrolina, verifica-se uma grande diversificação de temas, mas, com hegemonia da instância regional na sua definição; os temas que mais estiveram presentes foram o monitoramento realizado pelo setor de regulação da GERES (10,3%) e a educação continuada (10,3%). As demandas dos gestores municipais também estão diretamente relacionadas ao credenciamento de novos serviços na atenção básica (novas equipes de saúde da família e novos ACS) e na RAPS (implantação de CAPS).

Na existência de conflito na tomada de decisão na região, foi perguntado quais seriam os atores envolvidos nos conflitos: para 100% dos respondentes, os conflitos ocorrem entre os municípios da região e o governo estadual; em seguida, com 85,7%, municípios da região e instância regional e municípios da região e governo federal (**Gráfico 11**).

Gráfico 11: Atores envolvidos na existência de conflito na tomada de decisão na região.

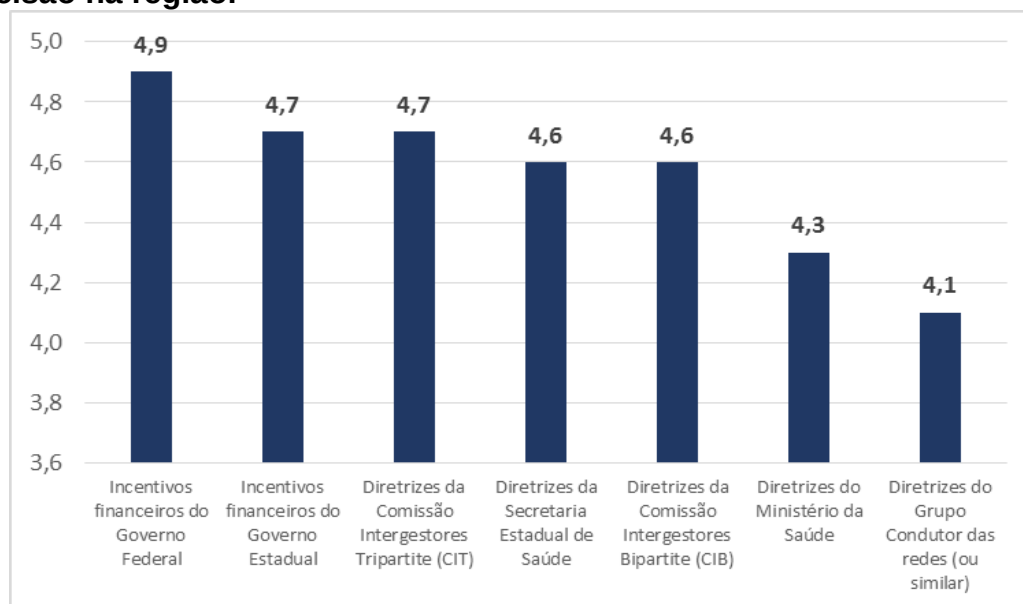


Fonte: Elaboração dos autores.

Foi perguntado aos entrevistados qual a importância das diretrizes e incentivos no processo de tomada de decisão; os dados apontam que os incentivos do

governo federal (escore 4,9) e do governo estadual (escore 4,7) são percebidos como importantes. No tocante às diretrizes, destaque para as da CIT (escore 4,7), da SES (escore 4,6) e da CIB (escore 4,6) (**Gráfico 12**).

Gráfico 12: Importância dos incentivos e das diretrizes na tomada de decisão na região.



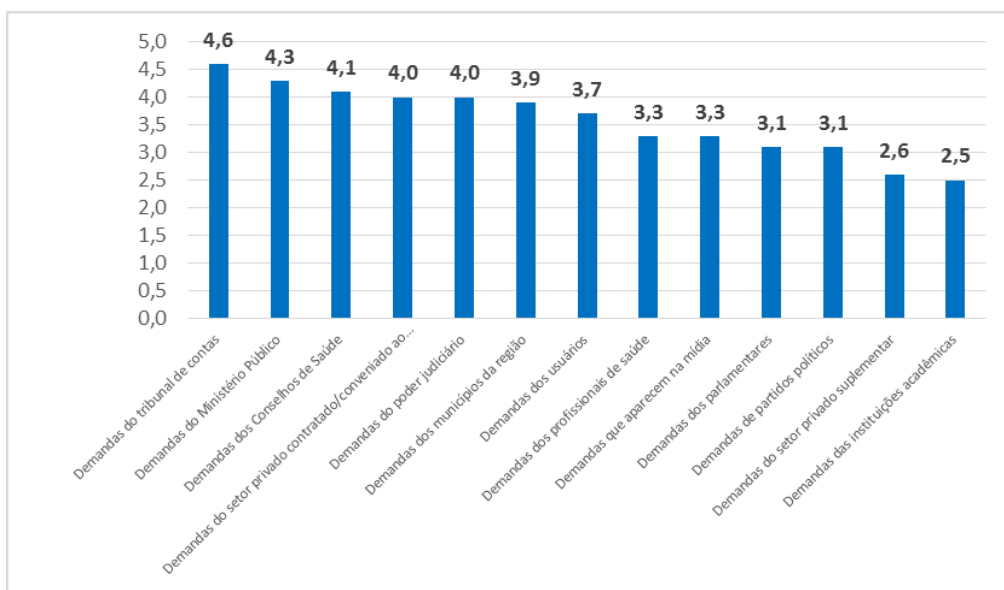
Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto ao grau de importância das demandas, os respondentes atribuem mais importância às demandas do Tribunal de Contas (escore 4,6), seguida das do Ministério Público (escore 4,3) e dos Conselhos de Saúde (escore 4,1) (**Gráfico 13**).

Uma hipótese para esse cenário seja o papel dos Tribunais de Contas no controle da legalidade dos atos da Administração Pública, cabendo-lhe, o julgamento das contas dos administradores públicos.

Em relação ao Ministério Público, acredita-se que resulte das demandas judiciais, ou seja, judicialização; que em resumidas palavras, significa a luta entre aquilo que o cidadão entende lhe ser direito, e o modo como o Estado lhe garante tal direito.

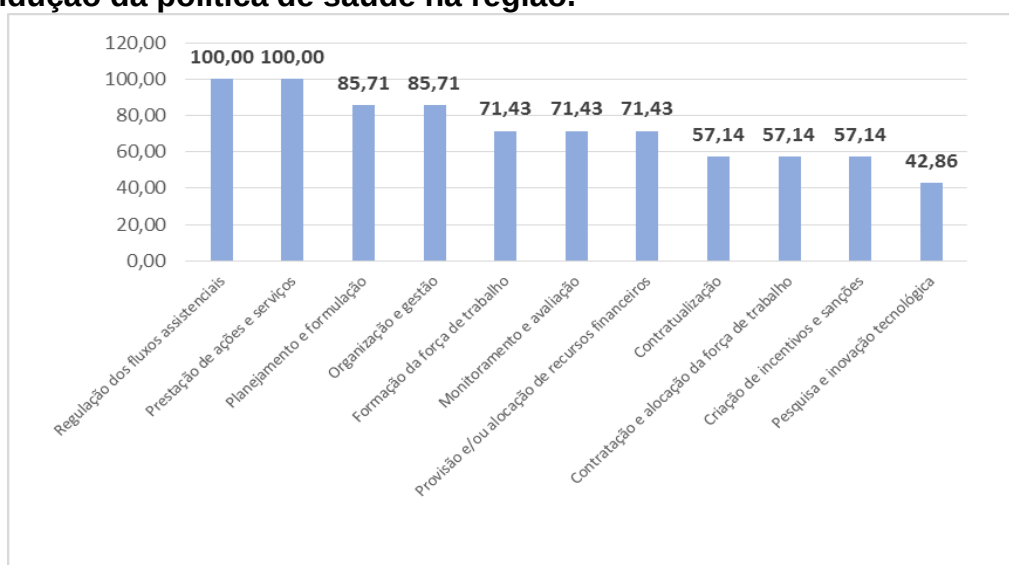
Gráfico 13: Importância das demandas no processo de tomada de decisão na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Para 100% dos respondentes a principal função de sua instituição na condução da política de saúde na região é a regulação dos fluxos assistenciais e prestação de ações e serviços de saúde, seguido do planejamento e formulação (85,7%) e organização e gestão (85,7%) (**Gráfico 14**).

Gráfico 14: Principais funções da instituição dos entrevistados na condução da política de saúde na região.



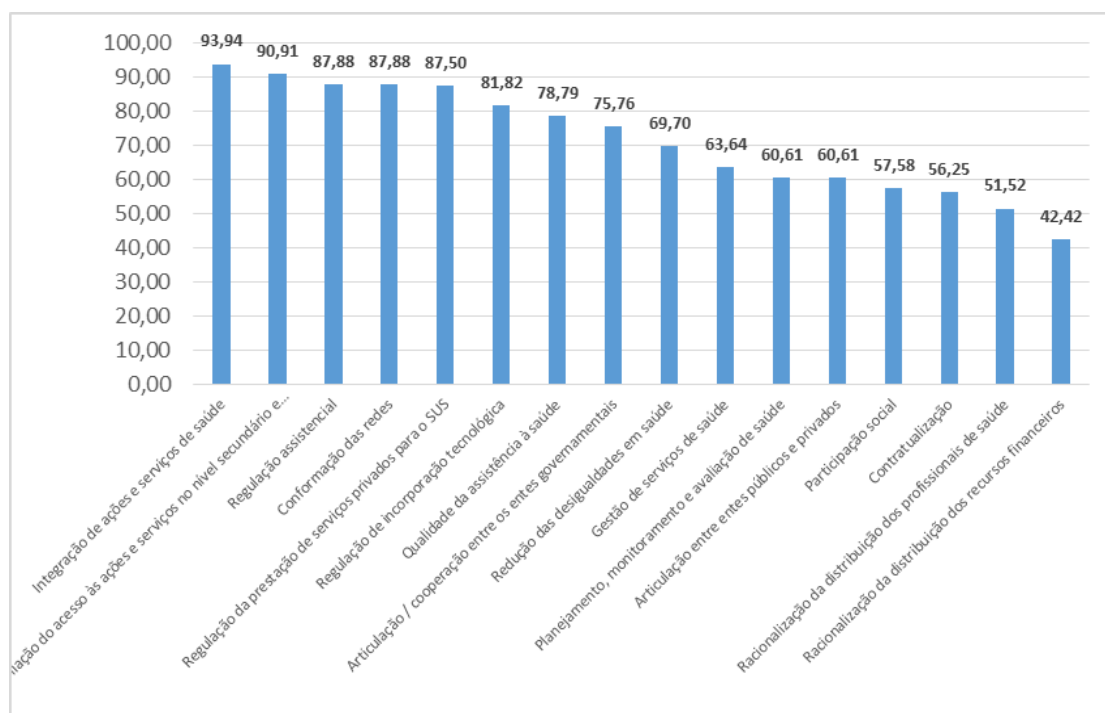
Fonte: Elaboração dos autores.

Ao perguntar sobre a autonomia da instituição para realização de suas atribuições, os respondentes avaliam positivamente (escore de 4,0); e, 86% qualificam sua relação com outros grupos/instituições com os quais interagem como relações de trabalho (político institucionais).

Para 93,94% dos entrevistados a regionalização contribuiu para integração de ações e serviços de saúde, com a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde no nível secundário e terciário (90,91%), regulação assistencial (87,88%) e conformação das redes (87,88%) (**Gráfico 15**).

Demonstra que os respondentes têm uma percepção positiva em relação a regionalização, bem como, os aspectos que obtiveram maior percentual de respostas positivas são questões para qual a regionalização pode contribuir.

Gráfico 15: Contribuição da regionalização



Fonte: Elaboração dos autores.

Ao analisar a RUE, os dados apontam que não existe um consenso acerca de qual instituição é a principal organizadora dessa rede, pois, para 40% dos entrevistados esse papel é das secretarias municipais de saúde e para outros 28% a SES. A estrutura regional foi apontada por 20%.

No processo de tomada de decisão sobre a RUE na região, os dados demonstram que o Ministério da Saúde, os estabelecimentos públicos de média e alta complexidade, a mídia, a CIR, o grupo condutor da RUE e o COSEMS são as instituições que apresentam maior importância. Para 63,6% dos entrevistados existe grupo condutor da RUE na região; dado confirmado através das atas da CIR de Juazeiro e de Petrolina.

Quando ocorre conflito na tomada de decisão da RUE na região, é mais frequente entre os municípios da região, municípios da região e instância regional da SES, municípios da região e outros municípios e municípios da região e governo estadual. Verificou-se nas atas da CIR de que a RUE foi pauta em 03 reuniões da região de Petrolina e 04 na de Juazeiro. O objeto da discussão estava relacionado com a situação dos leitos de retaguarda, capacitação de profissionais, situação da rede na região de Juazeiro e custeio integral da unidade de suporte avançado pelo município de Remanso. O único conflito percebido foi com o Ministério da Saúde, relacionado com o mecanismo de custeio do SAMU.

Assim como, acontece com a RUE, também não existe consenso acerca da instituição que é a principal organizadora da Atenção Básica na região, já que, para 57,9% dos entrevistados, esse papel é das secretarias municipais de saúde e para outros 31,6% é exercido pela instância regional da SES.

O principal órgão na tomada de decisão sobre a Atenção Básica é o Ministério da Saúde (escore 4,4), seguido pela CIR (escore 4,3) e CIB (escore 4,2). As secretarias municipais de saúde (escore 4,1) e instância regional da SES (escore 4,1) também possuem importância relativa.

Quando existe conflito nas decisões sobre a Atenção Básica, esse envolve para 57,9% dos respondentes gestor público e profissionais de saúde, municípios da região e instância regional da SES, médicos especialistas e outros profissionais e médicos dos mais médicos e outros profissionais.

Em relação a incorporação de novas tecnologias, a SES é a instituição mais utilizada para deliberar sobre o assunto (escore 4,1), seguida da CIR e do Ministério da Saúde, ambas com escore 3,4.

Os instrumentos mais utilizados são a opinião de especialistas (escore 4,2), pareceres/relatórios técnico-científico (escore 4,0) e revisões sistemáticas (escore 3,8).

Os atores mais influentes são a SES (escore 4,2), profissionais médicos e Ministério Público, ambos com escore 4,1. Chama atenção papel exercido pelo Ministério Público no processo de incorporação tecnológica, talvez, isso decorra da judicialização. Os itens mais demandados por ações judiciais foram fraldas (escore 3,2), dietas /suplementos alimentares (escore 2,8) e insulinas e seus derivados incluindo dispositivos de aplicação (escore 2,7). Para a totalidade dos entrevistados (100%) em 2014 houve ações judiciais contra o município e para 63,4% contra o estado.

3.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO POLÍTICA

Nessa breve análise sobre a dimensão Política, podem ser identificados aspectos significativos na tomada de decisão sobre saúde na região.

Apesar dos respondentes reconhecerem o caráter deliberativo da CIR, a análise documental (atas da CIR) demonstra que esse espaço de governança pouco delibera sobre a política de saúde na região; as decisões ainda são fortemente marcadas pelo interesse local.

O desenho federativo brasileiro e o SUS apontam para a necessidade do compartilhamento de decisões sobre as políticas públicas e a oferta de ações e serviços de saúde; aumenta a importância da institucionalização das relações intergovernamentais.

Nessa direção, a Rede Pernambuco/Bahia traz uma experiência inovadora na tomada de decisão partilhada; a criação de um Colegiado Regional Interestadual (CRIE).

Trata-se de um espaço de negociação e pactuação que demonstra ser possível estabelecer acordos de cooperação mediante a ação conjunta de vários atores, preservando a autonomia e a diversidade local regional.

Na percepção dos respondentes a contribuição da CIR na gestão regional destaca-se na coordenação da política de saúde no âmbito regional, no planejamento, na conformação das redes e na resolução de conflitos.

Além da CIR, o Ministério da Saúde, os estabelecimentos públicos de média e alta complexidade e a mídia são outras instituições reconhecidas como importantes/influentes na tomada de decisão na região.

Quando existe conflito na tomada de decisão, são mais comuns entre os municípios da região e municípios da região e governo estadual.

A governança inclui um elenco de processos que está relacionado com o exercício de poder e autoridade, mas, sobremaneira, com o exercício da influência e da negociação (ROTH, ANTUNES JUNIOR, PADULA, 2012).

A regionalização é entendida positivamente pelos entrevistados, sendo as suas maiores contribuições na integração de ações e serviços de saúde, ampliação do acesso às ações e serviços de saúde no nível secundário e terciário, regulação assistencial e conformação das redes de atenção.

Diferente da percepção dos entrevistados de que a instância regional da SES é a principal organizadora da região; na organização da RUE esse consenso não ficou explícito, pois, para 40% esse é um papel da SMS e para 28% da SES. Apenas 20% afirmou ser da instância regional.

A RUE conta com um grupo condutor, reconhecido por 63,6% dos entrevistados.

Na ocorrência de conflito na tomada de decisão, são mais comuns entre municípios da região, municípios da região e instância regional e municípios da região e outros municípios.

Em relação APS, 57,9% dos entrevistados afirmaram que a SMS é a principal organizadora; o Ministério da Saúde é órgão que tem maior importância quando se trata de decisões sobre a APS, mas, a CIR e a CIB também são percebidas como importantes.

Na ocorrência de conflito sobre a APS na região, além dos municípios e instância regional, a categoria médica e de outros profissionais de saúde são atores que podem estar envolvidos.

Na incorporação tecnológica os dados apontam que a SES tem papel preponderante, entretanto, a importância/influência do Ministério Público é um achado que chama atenção.

Os entrevistados reconhecem a existência de ações judiciais contra os municípios e o estado. Os itens mais requeridos foram fraldas, dietas/suplementos alimentares e insulinas e seus derivados incluindo dispositivos de aplicação.

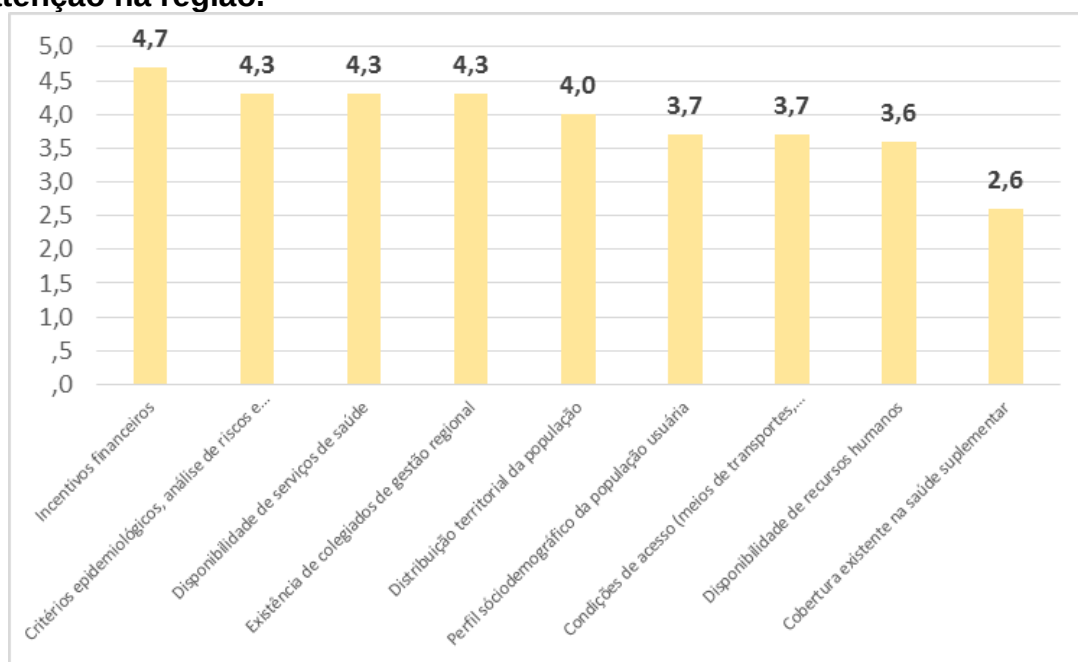
Talvez, isso explique em parte a importância do Ministério Público no processo de incorporação de novas tecnologias.

3.5 DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO

Para a totalidade dos respondentes (100%) a distribuição dos serviços não atende a distribuição territorial da população; como principais motivos para esse cenário foram concentração dos serviços no município polo (85,7%), que existe municípios com poucos serviços de saúde (71,4%) e insuficiência de serviços de saúde no município polo (57,1%).

Quando questionados sobre a importância dos parâmetros para configuração das redes de atenção na região, constata-se que para os entrevistados os incentivos financeiros, análise de riscos e situações de vulnerabilidade, disponibilidade de serviços de saúde e existência de colegiado de gestão regional são os mais importantes (**Gráfico 16**).

Gráfico 16: Importância dos parâmetros para configuração das redes de atenção na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

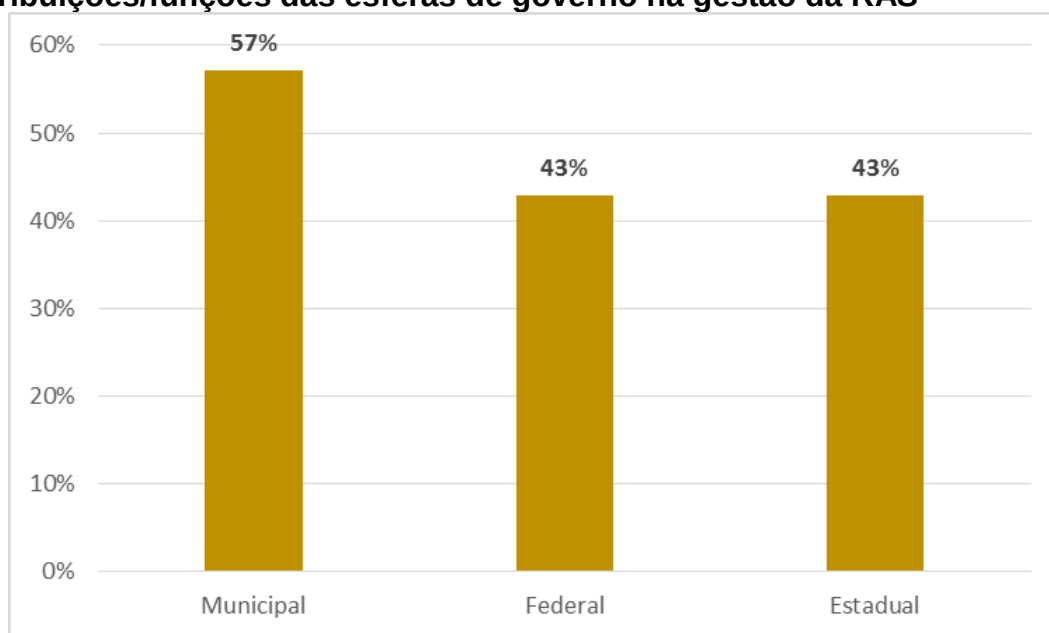
Para os entrevistados no planejamento da RAS foram considerados os seguintes critérios: diagnóstico de necessidade de saúde (100%), diagnóstico regional da capacidade instalada de serviços de saúde (100%), plano regional para adequação da capacidade instalada de serviços de saúde (100%) e para ampliação da oferta de atenção primária (85%).

Apesar de 100% dos respondentes afirmaram que o plano regional para adequação da capacidade instalada foi um critério utilizado para o planejamento da RAS, apenas 42,9% afirmaram existir Plano Diretor de Investimento (PDI). Salienta-se que esse documento não foi disponibilizado pela gestão estadual da Bahia e de Pernambuco.

Em relação a existência de uma coordenação formal da RAS na região, apenas 57% afirmaram existir. Em relação a composição do conselho gestor da RAS, fazem parte o gestor estadual (43%), gestor municipal (29%) e prestadores de serviços (29%); 14% não souberam informar.

Quanto à existência de definição clara das atribuições/funções das três esferas de governo na gestão da RAS, para 57% dos entrevistados está mais definido as funções/atribuições do município (**Gráfico 17**).

Gráfico 17: Percepção dos entrevistados quanto a definição das atribuições/funções das esferas de governo na gestão da RAS

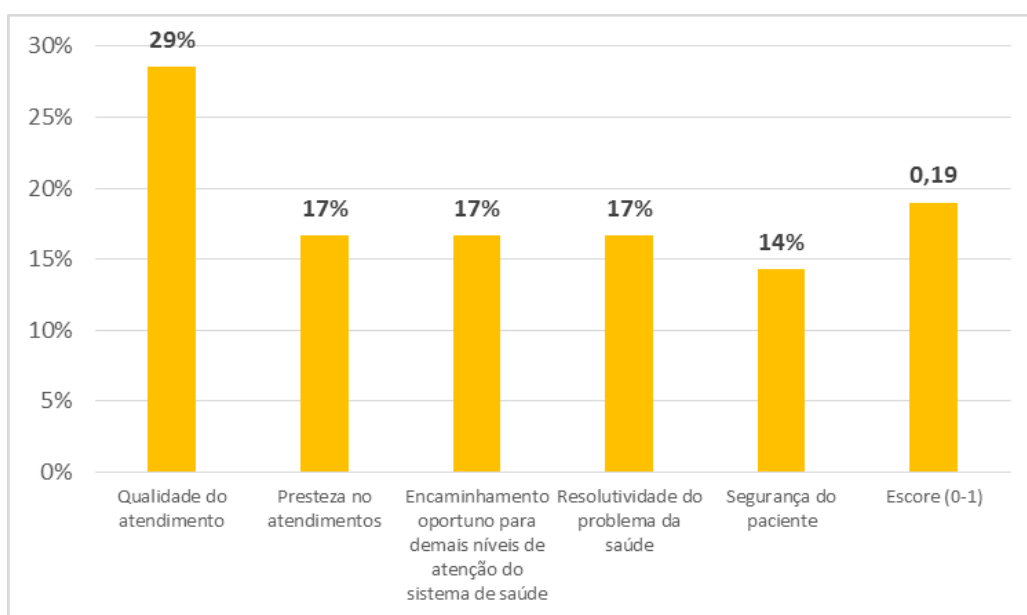


Fonte: Elaboração dos autores.

Ainda que 57% percebam que as funções da esfera municipal estão mais definidas em relação as demais esferas de governo, no geral essa delimitação é frágil. A existência de um elevado número de competências comuns na normatização do SUS para os três entes e o processo de municipalização podem ser alguns dos fatores que contribuam para essa nebulosidade quanto ao que cabe a cada esfera na gestão da RAS.

Para os entrevistados, a gestão da RAS não tem garantido efetivamente a qualidade do atendimento, presteza, encaminhamento oportuno para os demais níveis de atenção e segurança do paciente; pois, todos ficaram abaixo de 30% e o escore foi de apenas 0,19 (escala de 0 a 1) (**Gráfico 18**).

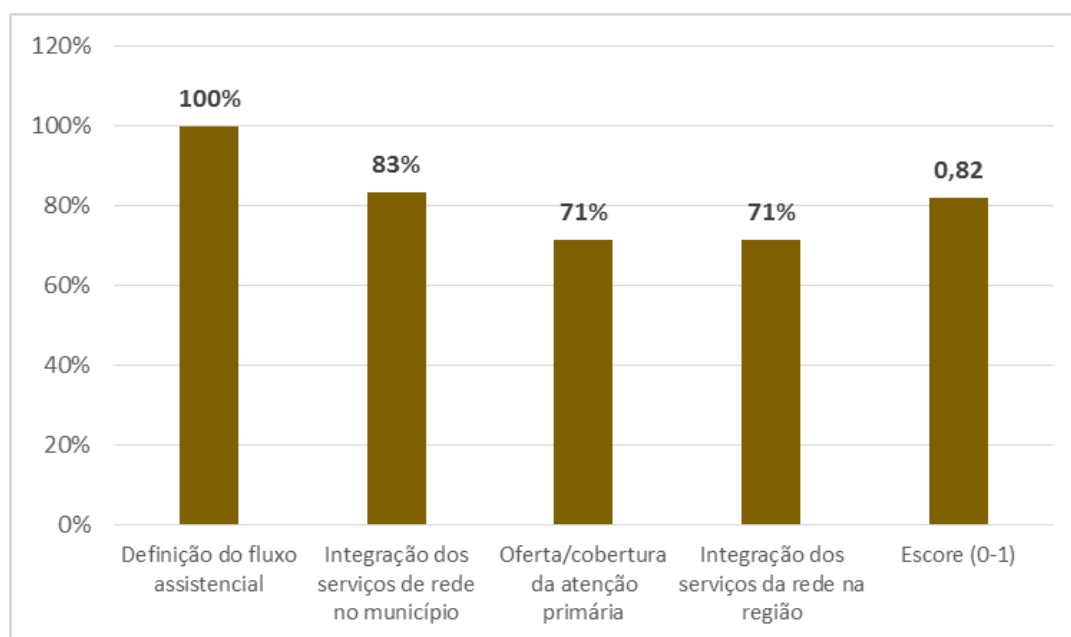
Gráfico 18: Garantias da gestão da RAS na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Por outro lado, para os respondentes a contribuição da gestão da RAS foi mais efetiva na definição dos fluxos assistenciais (100%) e na integração dos serviços (83%) (**Gráfico 19**).

Gráfico 19: Contribuição da gestão da RAS na região

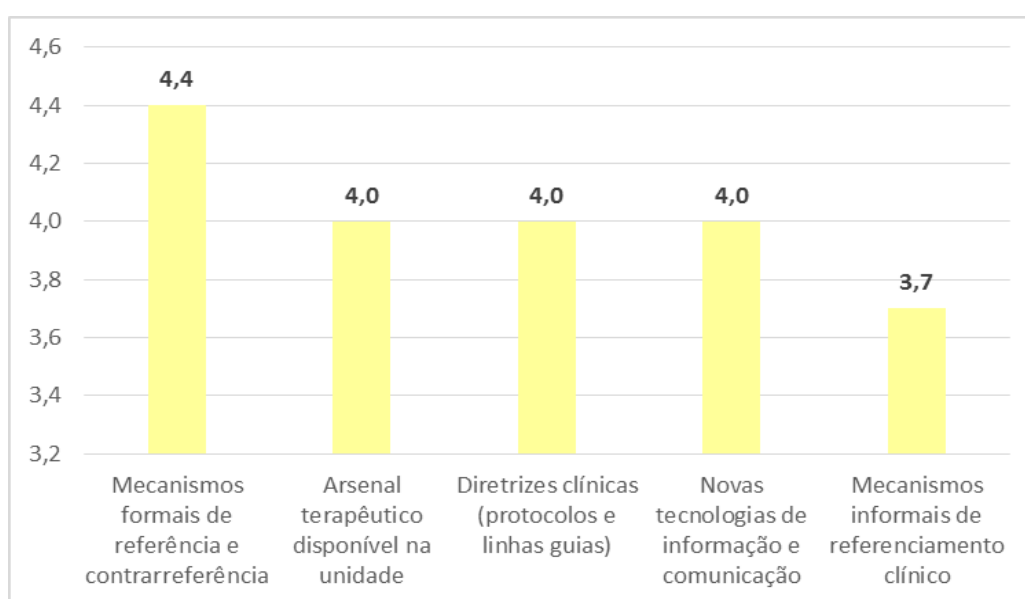


Fonte: Elaboração dos autores.

Apesar de que para 83% dos respondentes a gestão da rede está contribuindo para a integração da rede, apenas 57,1% reconhecem que existe integração dos serviços na região.

Na integração assistencial e coordenação dos cuidados, os mecanismos formais de referência e contrarreferência são os considerados mais importantes pelos entrevistados (**Gráfico 20**).

Gráfico 20: Importância de mecanismos e instrumentos para integração assistencial e coordenação de cuidados na RAS na região.

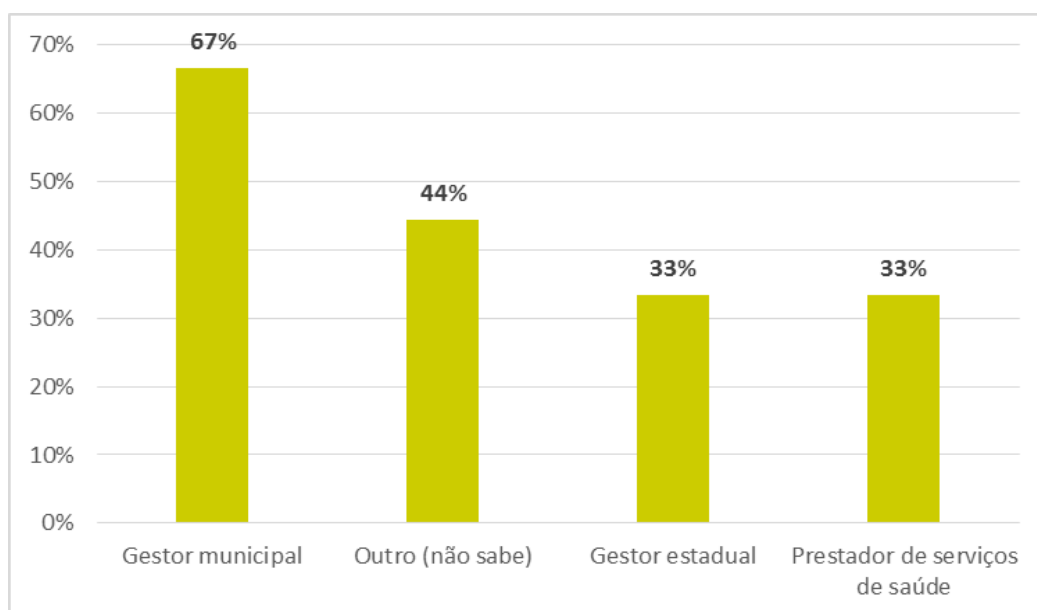


Fonte: Elaboração dos autores.

Em relação a Rede de Urgência e Emergência (RUE), para os entrevistados, no planejamento da rede foram considerados o diagnóstico regional da capacidade instalada de serviços de saúde (92%), diagnóstico de necessidades de atenção à saúde (85%) e o plano regional para adequação da oferta de serviços especializados e apoio diagnóstico e terapêutico (85%).

Para 69% dos respondentes, a RUE conta com uma coordenação formal, em contrapartida, 44% não souberam informar qual seria a composição do conselho gestor da rede (**Gráfico 21**).

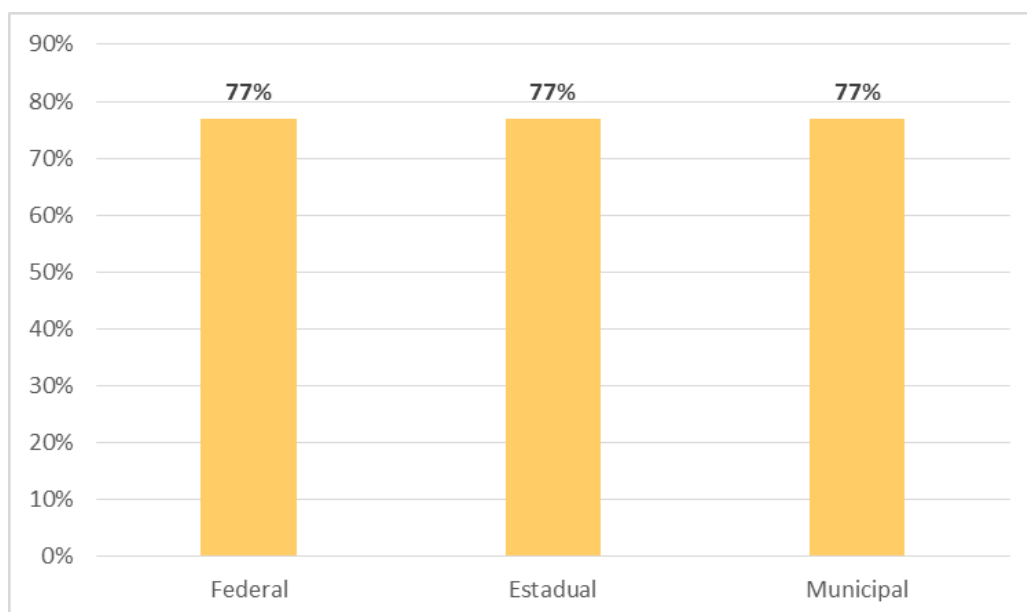
Gráfico 21: Composição do conselho gestor da RUE.



Fonte: Elaboração dos autores.

Para 77% dos entrevistados a definição das funções/atribuições das três esferas de governo na gestão da RUE é mais perceptível; diferente do que aconteceu na percepção dos entrevistados a respeito da gestão da RAS (Gráfico 22).

Gráfico 22: Percepção dos entrevistados quanto a definição das atribuições/funções das esferas de governo na gestão da RUE

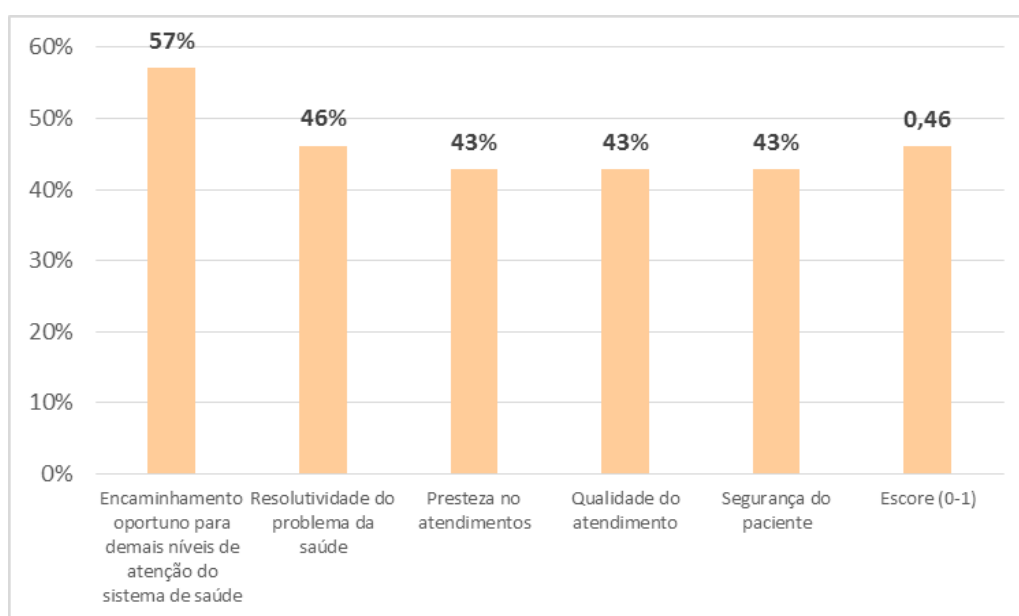


Fonte: Elaboração dos autores.

Uma hipótese para esse cenário talvez seja o fato de o Ministério da Saúde, desde 2002, vem editando portarias que tratam da organização de componentes da RUE.

Em relação a gestão da RUE, 57% afirmaram que tem contribuído para encaminhamento oportuno para demais níveis de atenção do sistema de saúde e 46% para a resolatividade do problema da saúde; pode-se afirmar que na percepção dos entrevistados, a gestão tem um desempenho médio (escore 0,46).

Gráfico 23: Garantias da gestão da RUE na região.



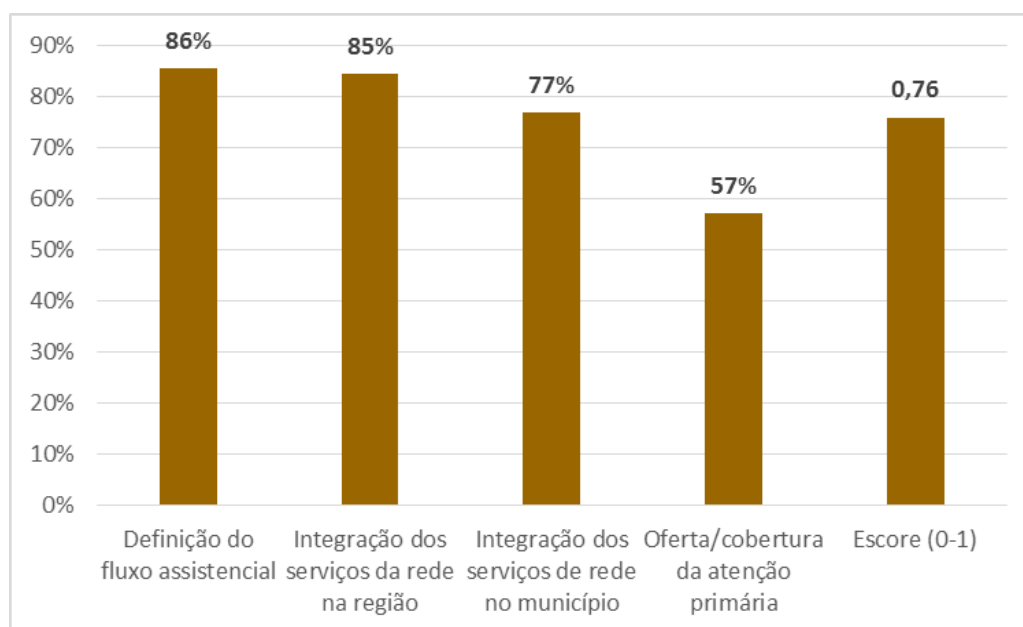
Fonte: Elaboração dos autores.

Já a contribuição da gestão da RUE na definição do fluxo assistencial, integração dos serviços na rede na região e no município é melhor avaliado pelos entrevistados (**Gráfico 24**).

A integração é um atributo fundamental na avaliação das redes de atenção, pois, quanto mais efetiva for essa integração, melhor será o desempenho do sistema de saúde regional. A integração na RAS se refere a articulação entre os diversos ponto de atenção. E, para 79% dos respondentes existe integração

dos serviços da RUE. Já a integração entre a RUE e a APS existe para 68% dos entrevistados.

Gráfico 24: Contribuição da gestão da RUE na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Avaliando a existência de mecanismos de referência e contrarreferência da RUE para APS, apenas 33% responderam afirmativamente. O que é uma contradição quando 68% dos entrevistados declararam que existe integração da RUE com a APS.

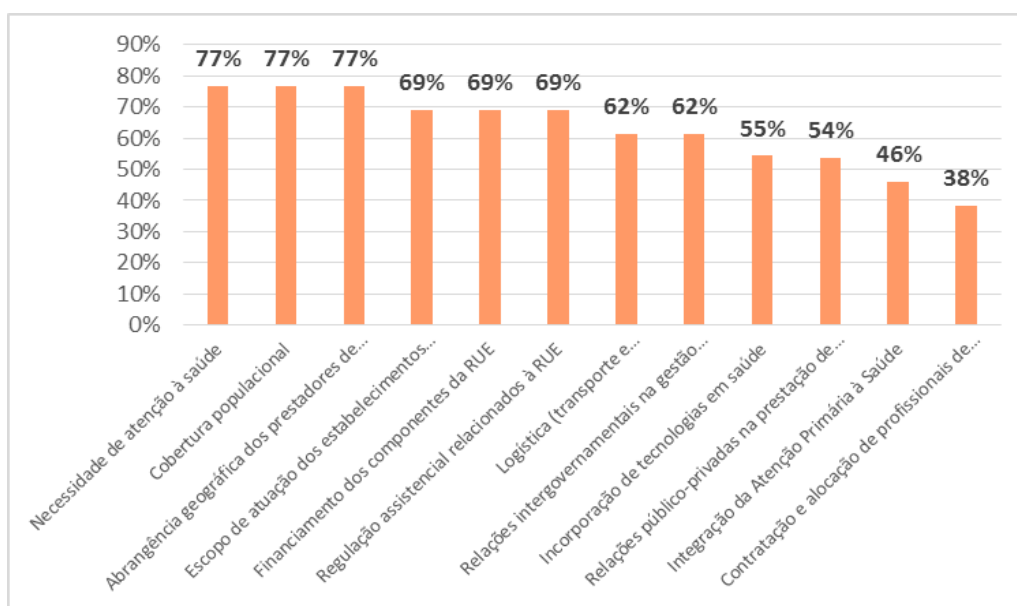
Segundo Mendes (2011), a coordenação da RAS é uma das funções da Atenção Primária em Saúde (APS), mas alerta que é uma tarefa complexa e que exige a adoção de mecanismos robustos e potentes de coordenação organizacional.

Com relação aos temas negociados na CIR sobre a RUE, segundo os entrevistados, os mais frequentes são: necessidade de atenção à saúde, cobertura populacional e abrangência geográfica dos prestadores de serviços de saúde (**Gráfico 25**).

Todavia, as atas da CIR de Juazeiro de 2015 e 2016 apontam a RUE como ponto de pauta de quatro reuniões (todas em 2015), nas quais foram deliberadas a retomada do Grupo de Trabalho (GT) da RUE (março de 2015),

convocação de reunião extraordinária para discutir o SAMU Regional (outubro de 2015) e rateio entre os municípios da região para custeio da Unidade de Suporte Avançado (USA) de Juazeiro e Remanso que compõem o SAMU Regional (novembro de 2015); na reunião de abril de 2015 a gestão de Juazeiro apresentou a situação da RUE.

Gráfico 25: Temas negociados na CIR sobre RUE na região.



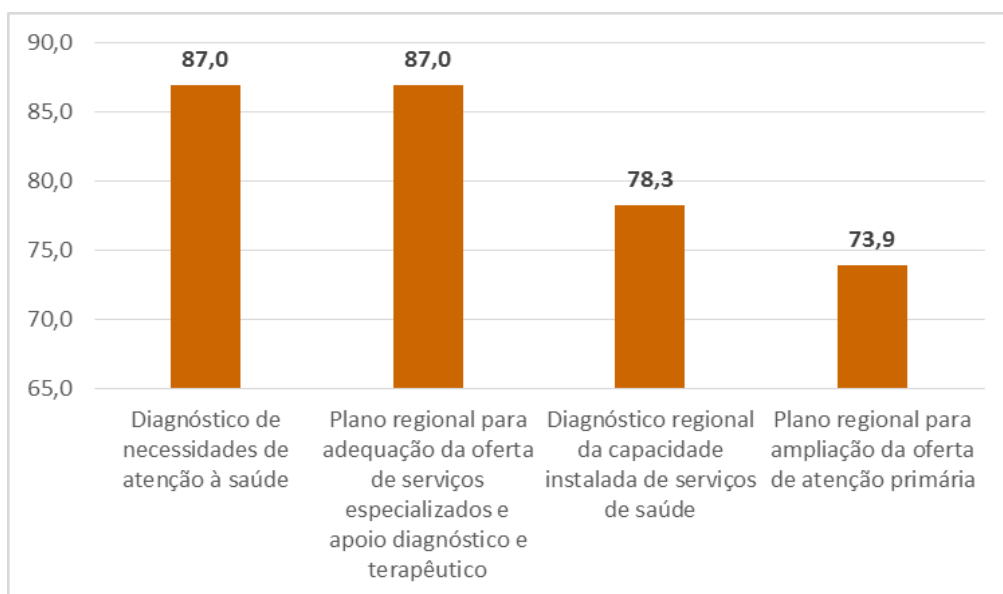
Fonte: Elaboração dos autores.

Nas reuniões da CIR de Petrolina, a RUE foi ponto de pauta em três reuniões, a saber: grupo condutor da RUE (maio de 2015), calendário de reuniões da RUE (novembro de 2015) e elaboração de um plano regional de prevenção de acidentes de trânsito (novembro de 2015).

O sistema de Governança é um dos componentes que estruturam a RAS, e está relacionado com a gestão regional da rede; a CIR nesse cenário desempenha papel importante, pois é um espaço permanente de negociação e pactuação entre gestores. Porém, dada a incongruência entre a percepção dos entrevistados e a análise das atas pode-se inferir que existem problemas de comunicação entre os envolvidos.

No que se refere a organização da APS na região, constatou-se que no planejamento os critérios utilizados foram diagnóstico de necessidades de atenção à saúde (87%), plano regional para adequação da oferta de serviços especializados e apoio diagnóstico e terapêutico (87%), diagnóstico regional da capacidade instalada de serviços de saúde (78,3%) e plano regional para ampliação da oferta de atenção primária (73,9%) (**Gráfico 26**).

Gráfico 26: Critérios considerados no planejamento da APS na região.

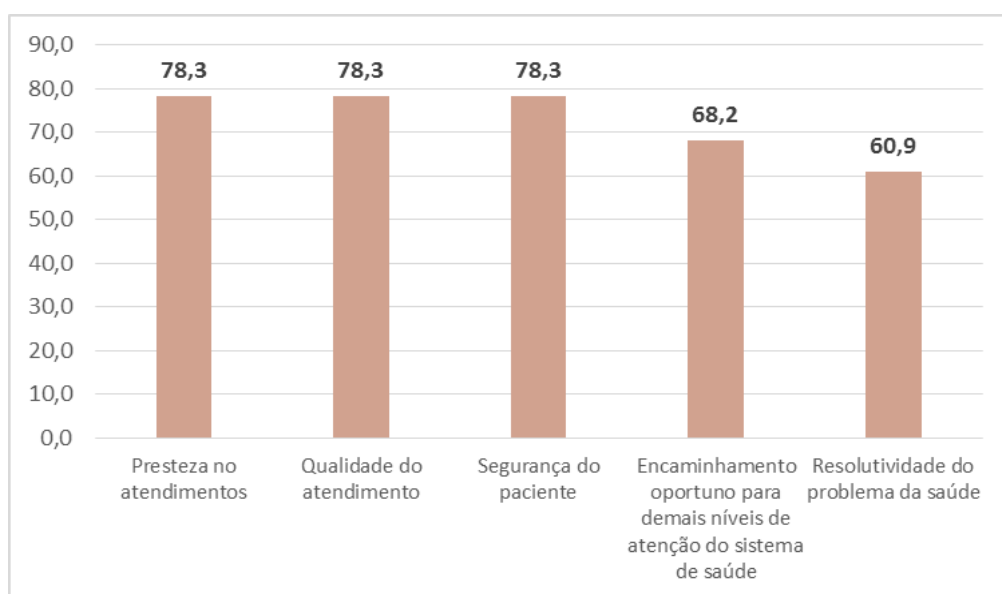


Fonte: Elaboração dos autores.

De fato, no processo de implantação da Rede Interestadual foi elaborado um diagnóstico, a partir do qual foi concebido um plano de ampliação e qualificação da APS que previa três eixos, dentre os quais estabeleceu-se como meta a ampliação da cobertura da ESF nos municípios da região.

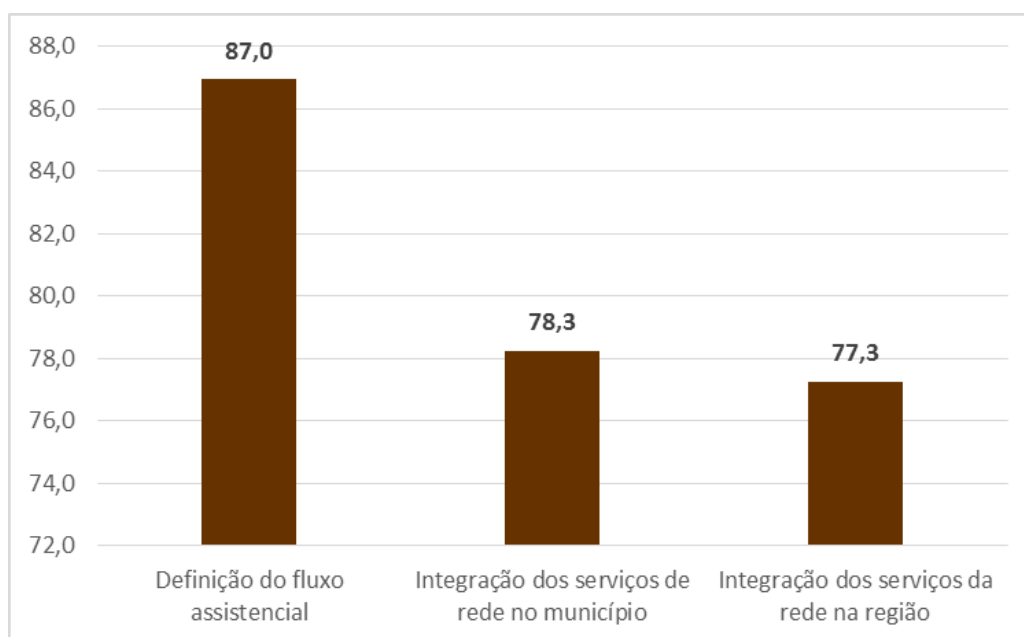
As garantias da gestão da atenção básica na região, segundo percepção dos entrevistados, são prestação no atendimento, qualidade do atendimento e segurança do paciente (**Gráfico 27**); e a sua contribuição é na definição do fluxo assistencial (**Gráfico 28**).

Gráfico 27: Garantias da gestão da APS na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Gráfico 28: Garantias da gestão da APS na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

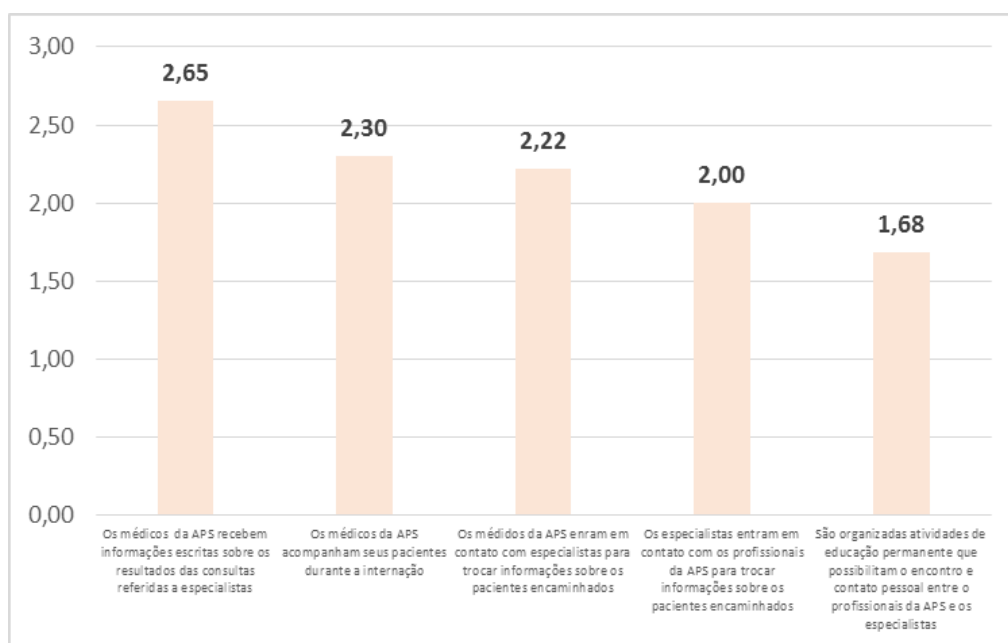
Em relação a integração dos serviços de saúde, para 86,4% existe integração da APS com os demais serviços de saúde.

Para a coordenação do cuidado na região as iniciativas adotadas como mais frequência são: os médicos da APS recebem por escrito os resultados das

consultas referidas a especialistas (escore 2,65) e os médicos da APS acompanham seus pacientes durante a internação (escore 2,30).

As equipes da APS utilizam o Telessaúde para uma segunda opinião formativa (56,5%), telediagnóstico (52,2%), telediagnóstico para ECG (30,4%) e acordo de papéis e responsabilidades dos profissionais da APS e atenção especializada (17,4%).

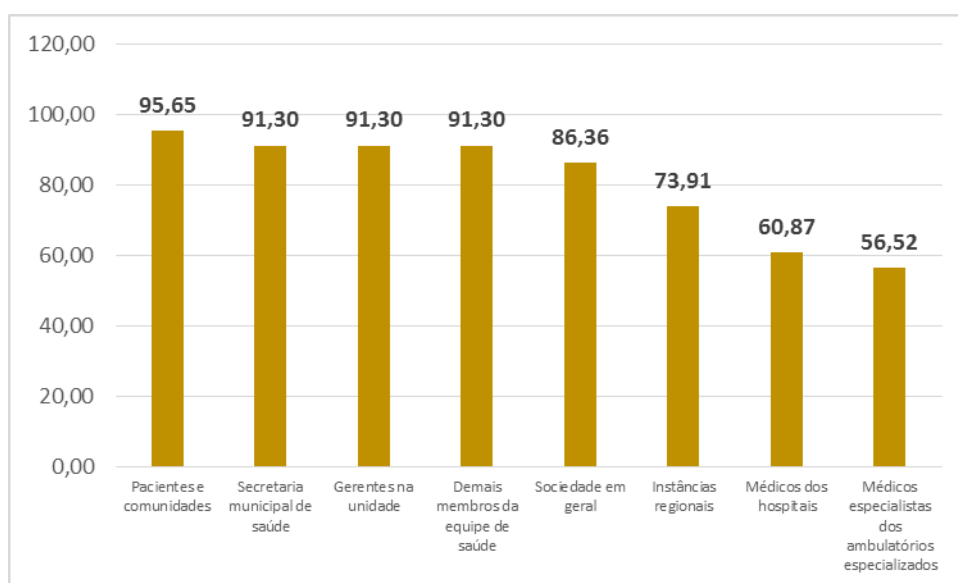
Gráfico 29: Iniciativas adotadas para coordenação do cuidado na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

A prática médica generalista é valorizada por pacientes e comunidade, pela SMS, pelos gerentes de unidades e por demais membros da equipe de saúde (**Gráfico 30**).

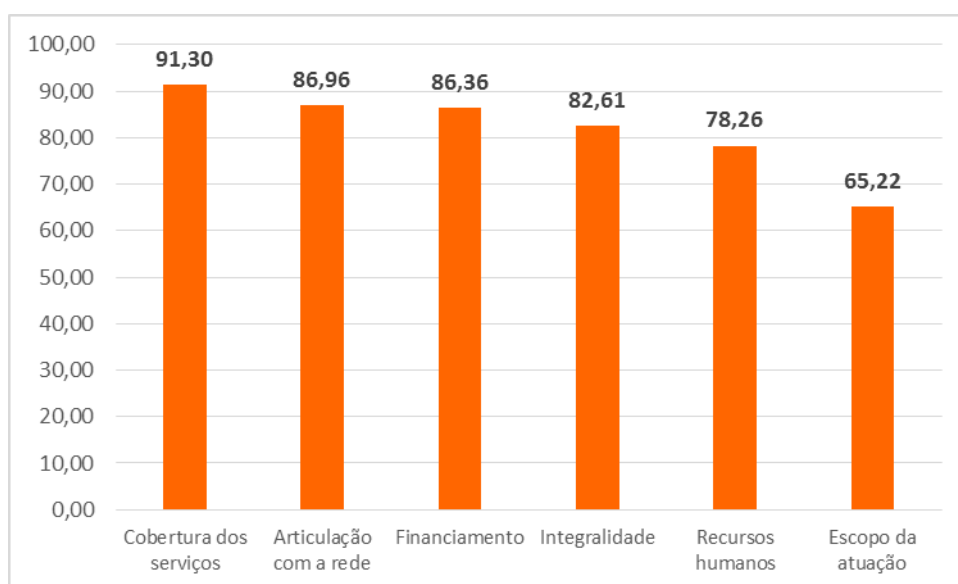
Gráfico 30: Valorização da prática médica generalista na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto aos temas negociados sobre a APS na CIR, os entrevistados afirmaram que são aqueles relacionados com a cobertura dos serviços, articulação com a rede, financiamento, integralidade, recursos humanos e escopo de atuação (**Gráfico 31**).

Gráfico 31: Temas negociados na CIR sobre a Atenção Básica na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

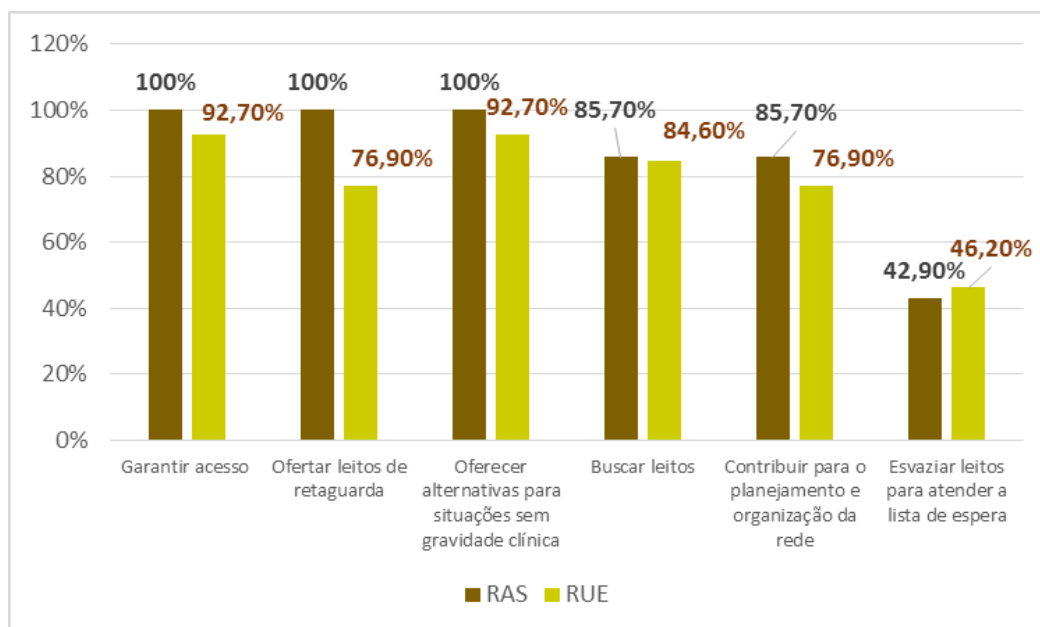
No entanto, a análise das atas da CIR mostram que a APS não é ponto de pauta frequente na região. Nas reuniões da CIR de Juazeiro, a APS foi tema de três reuniões, sendo que em duas delas como informes (baixa resolutividade da atenção básica e novo fluxo da atenção básica); apenas na reunião de julho de 2015 o tema foi a aprovação de implantação de NASF.

Nas reuniões da CIR de Petrolina, a situação também foi semelhante, pois, esteve presente em três reuniões, em duas o tema esteve relacionado com o credenciamento de equipes de ESF e ACS e mudança de modalidade de NASF, e em outra para emissão de certificado de conclusão de obra.

Portanto, é nitida a incongruência de achados, reforçando a hipótese de que existe um importante limite na comunicação da CIR com os diversos segmentos do sistema de saúde regional.

O papel da regulação na RAS consiste em garantir acesso, oferecer leitos de retaguarda e alternativas para situações sem gravidade clínica; já o papel da RUE constitui-se na garantia de acesso, no oferecimento de alternativas para situações sem gravidade clínica e na busca de leitos (**Gráfico 32**).

Gráfico 32: Papel da regulação na RAS e RUE.



Fonte: Elaboração dos autores.

A operação da regulação na RAS é feita pela esfera estadual (100%), e da RUE pela municipal (92,3%). Para 85,7% dos entrevistados existe uma central de regulação da RAS na região. No caso da RUE esse percentual foi de 92,9%.

O fato de que a Rede Interestadual conta com uma Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) operada no regime de co-gestão pode ser um motivo para essa diferença.

A existência de protocolos e fluxos na RAS na região foi reconhecida por 57,1% e na RUE esse reconhecimento chegou a 85,7%.

Em relação a definição de fluxos assistenciais, os entrevistados responderam que uma parcela significativa desses fluxos foram definidos na CIR.

Na análise das atas das CIR não foram identificadas discussões que abordassem esse tema.

Para 85% dos entrevistados, existe definição da porta de entrada preferencial na RAS; sendo a UBS essa porta de entrada (100%). Entretanto, 52,2% reconhecem que há dificuldade para que a APS se constitua efetivamente como a porta de entrada preferencial na região.

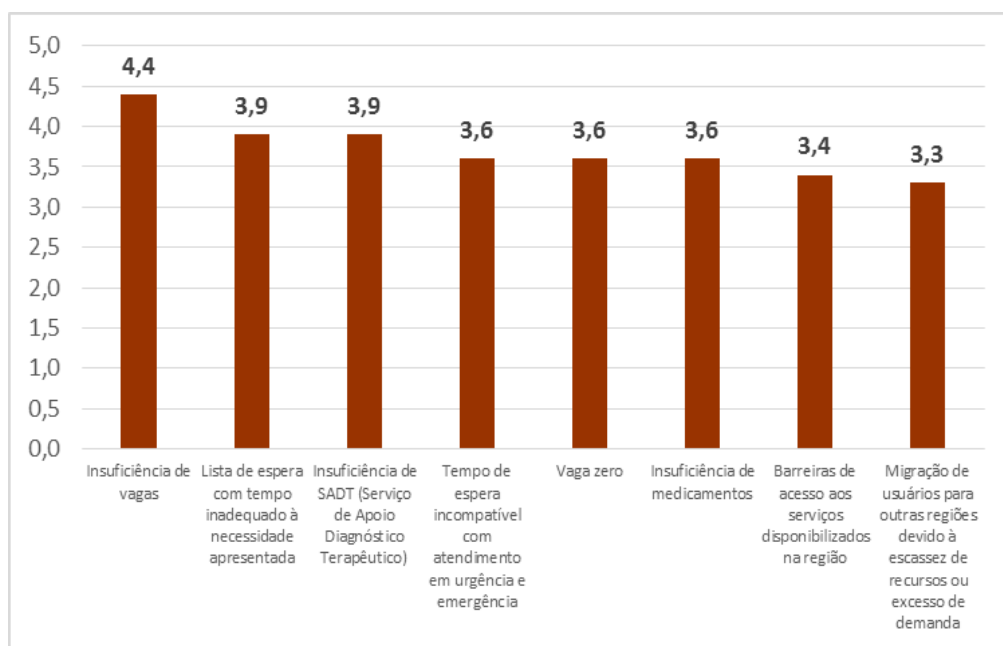
A frequência com que a APS é porta de entrada preferencial para rede cegonha e de atenção às pessoas com doenças crônicas é média, assim, como responsável pela coordenação do cuidado na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas é média.

A insuficiência de vagas, a lista com tempo de espera inadequado para a necessidade apresentada e a insuficiência de SADT são as situações que ocorrem com mais frequência na região (**Gráfico 33**).

Um pouco mais da metade dos entrevistados (57%) afirmou ser de conhecimento na região o tempo de espera de consultas especializadas, exames, procedimentos especializados e internação por cirurgias eletivas; por outro lado, apenas 28,6% afirmaram que esse tempo de espera é monitorado.

O critério adotado para gestão da fila é a programação das ações de acordo com critérios de risco, entretanto, pouco mais da metade (57,1%) afirmou que a RAS conta com protocolos.

Gráfico 33: Frequência com que determinadas situações acontecem na região.



Fonte: Elaboração dos autores.

Em relação às formas de agendamento, a situação mais frequente na região é a definição de cotas para realização de consultas e exames especializados por UBS/USF.

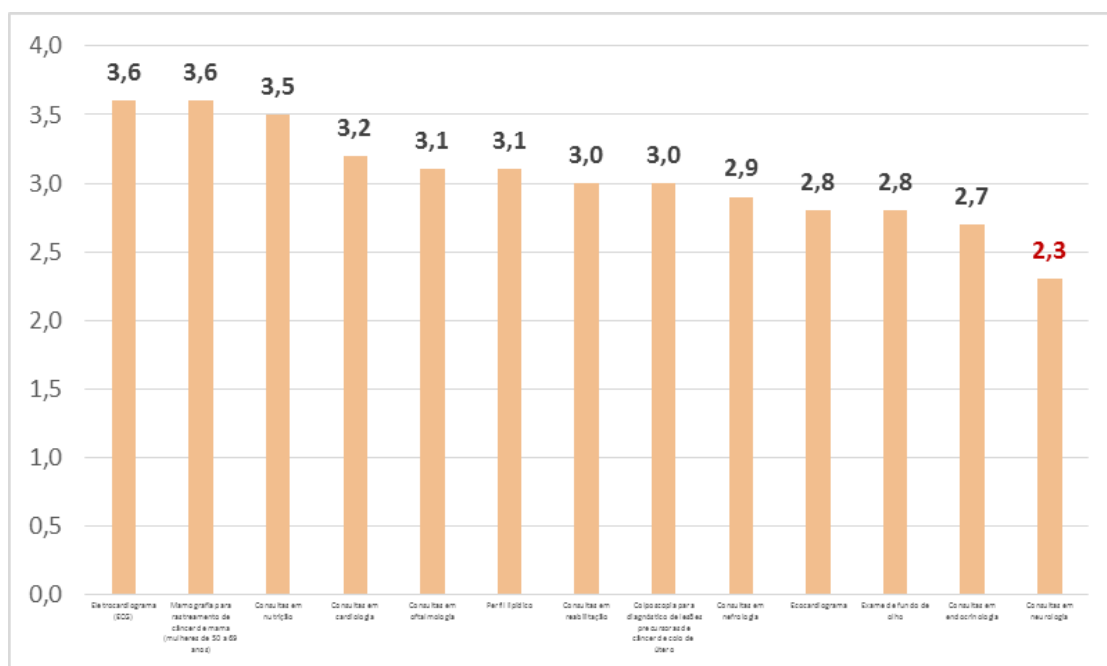
Para os entrevistados, existem critérios para a distribuição de vagas na região para atenção especializada (83%) e hospitalar entre os municípios (64%) e atenção especializada entre UBS/USF do mesmo município (52%).

O acesso do usuário à atenção especializada depende de encaminhamento ou referência por profissional da APS.

Apesar disso, para 47,8% dos entrevistados, não há na região um percurso definido de um paciente que é atendido na APS e necessita ser encaminhado para consulta especializada.

O agendamento em tempo oportuno pela APS para serviços médicos tem como variáveis o tipo de procedimento (consulta ou exame) e a especialidade médica; ECG e mamografia para rastreamento de câncer de mama são os que conseguem fazer agendamento com maior frequência. A maior dificuldade é garantir acesso em tempo oportuno nas consultas em neurologia (Gráfico 34).

Gráfico 34: Frequência com que a APS agenda em tempo oportuno serviços médicos para pacientes referenciados.



Fonte: Elaboração dos autores.

A crença de não ter nenhum problema de saúde (82,6%) e a capacidade em reconhecer o local adequado para receber atendimento de saúde (82,6%) são os comportamentos que dificultam ou impedem a obtenção/continuidade do cuidado, na percepção dos entrevistados.

Com relação a traçadores de HAS, DM e AVC na percepção dos respondentes, 93,8% dos profissionais da APS encaminham usuários com pressão alta para atenção especializada quando suspeitam de HAS secundária, refratária ou com risco cardiovascular elevado.

No tocante às práticas observadas na APS, segundo os entrevistados, as mais frequentes são: as equipes da APS realizam registro no prontuário a cada atendimento do paciente e que o ACS faz visita domiciliar se informado da alta hospitalar.

Para os casos de AVC que requerem comunicação entre a APS e atenção especializada, as situações que mais ocorrem são: gestão de casos para pacientes com tratamento de alto custo (68%), gestão de casos para pacientes com multimorbidade, pelo médico ou enfermeiro da APS (68%) e gestão de

casos para pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) pelo médico ou enfermeiro da APS (68%).

Nos casos de AVC na região, as situações que dificultam ou impedem a obtenção/continuidade do cuidado é o custo dos meios para chegar na unidade.

Essa percepção encontra justificativa na distribuição dos serviços de referência, pois, todos estão localizados em Juazeiro e Petrolina. O tempo médio de deslocamento é de 90 minutos, existindo municípios em que esse tempo ultrapassa três horas. Além do tempo, é preciso considerar também a qualidade da malha viária e do sistema de transporte público.

Chama atenção a necessidade de um sistema de transporte sanitário na região.

3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO

A distribuição dos serviços na região é inadequada, sendo a principal causa a concentração nos municípios polos (Petrolina e Juazeiro).

Os incentivos financeiros foram apontados pelos respondentes como o parâmetro mais importante para a configuração da RAS na região; mas, no planejamento da rede foram considerados o diagnóstico de necessidades de atenção, de capacidade instalada e o plano regional para ampliação da oferta na APS. Critérios também utilizados no planejamento da RUE, com exceção do plano para ampliação da APS, que nesse caso foi o de ampliação da atenção especializada.

O reconhecimento da coordenação formal da RAS e da RUE na região é um limite. A gestão da RAS não tem garantido efetivamente a qualidade do atendimento, presteza, encaminhamento oportuno para os demais níveis de atenção e segurança do paciente.

Por outro lado, para a totalidade dos entrevistados a maior contribuição da gestão da RAS foi na definição dos fluxos assistenciais.

No entanto, 47,8% afirmaram não existir na região um percurso definido de um paciente que é atendido na APS e necessita ser encaminhado para consulta especializada. Apenas 57% reconhecem que existe integração dos serviços na RAS.

Quanto à gestão da RUE, uma parcela significativa reconhece a existência de uma coordenação formal, porém, 44% não souberam informar quem compõe o conselho gestor.

A maior contribuição da gestão da RUE na região foi na definição dos fluxos assistenciais. A integração entre os serviços da RUE é mais bem percebida pelos entrevistados, assim, como a sua integração com a APS.

Ainda assim, apenas 33% afirmaram existir mecanismos de referência e contrarreferência da RUE para a APS.

A delimitação quanto ao papel das três esferas de governo na gestão da RUE é mais bem percebida quando comparada com a gestão da RAS.

Os entrevistados desconhecem efetivamente os temas discutidos na CIR sobre a RUE e APS, dada a incongruência entre as respostas e a análise das atas da CIR.

A porta de entrada preferencial para RAS na região é a APS, porém, encontra dificuldade para que se constitua efetivamente como tal.

A operacionalização da regulação na RAS é na esfera estadual, enquanto na RUE é municipal. Outra contradição, pois a rede interestadual conta com uma central de leitos que é operada em regime de cogestão pelas SES. O principal papel da regulação é garantir acesso.

Em contrapartida, o tempo de espera para consultas e procedimentos especializados não é de conhecimento de todos; e, o monitoramento desse tempo de espera é pouco frequente.

A programação das ações de acordo critérios de risco é o critério mais utilizado na gestão da fila, todavia, a definição de cotas para realização de consultas e exames especializados é situação mais frequente quando se trata das formas de agendamento na região.

O agendamento em tempo oportuno tem como limites o tipo de SADT e a especialidade médica.

Em relação à população, o que comprometem o acesso são a crença de não ter nenhum problema de saúde e a dificuldade em reconhecer o local adequado para receber o cuidado em saúde.

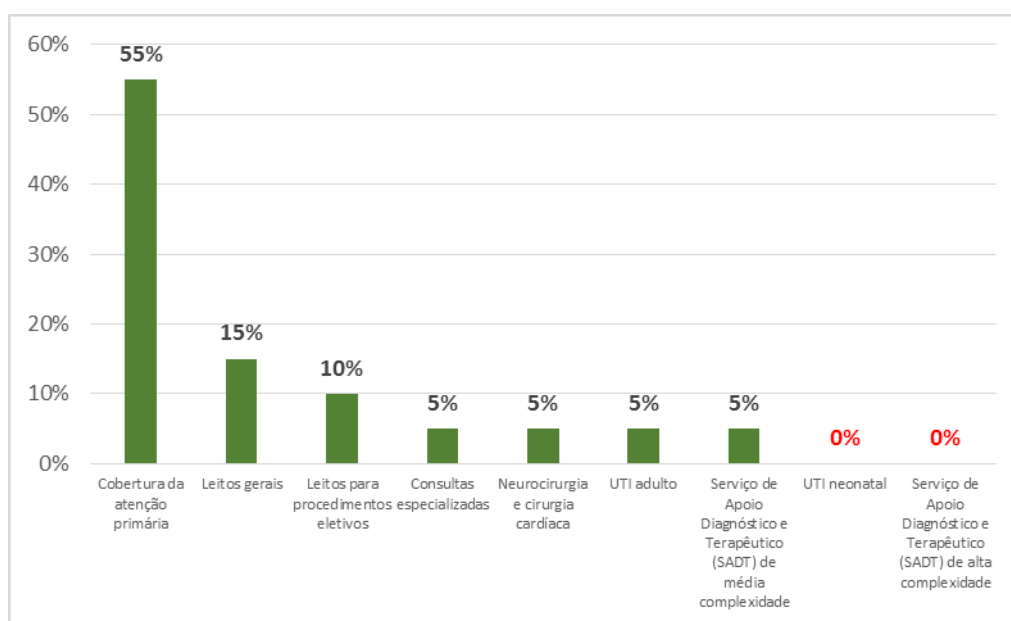
Por fim, os custos com meio de transporte para chegar a unidade é a maior barreira de acesso nos casos de AVC na região.

3.7 DIMENSÃO ESTRUTURA

Nessa dimensão buscou-se descrever, a partir da visão dos respondentes, como a rede de serviços de saúde está estruturada; para 95% dos entrevistados a capacidade instalada da RAS na região não está adequada às necessidades da população.

A RAS não é suficiente em nenhum dos pontos de atenção investigados; por outro lado, a APS foi a avaliada como a menos insuficiente (**Gráfico 35**).

Gráfico 35: Suficiência de alguns pontos de atenção da RAS na região

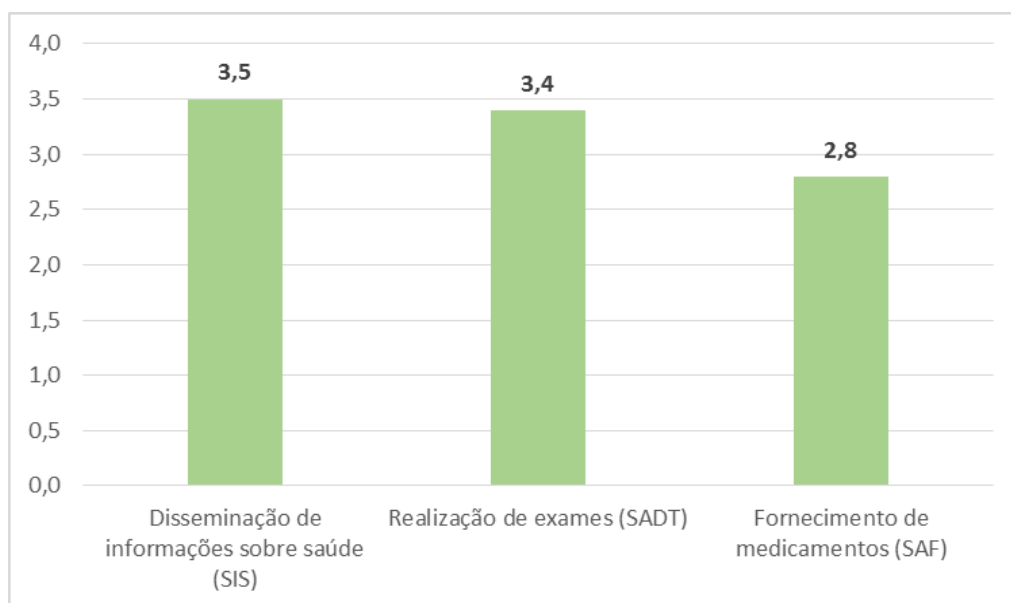


Fonte: Elaboração dos autores.

Problemas com a rede, em especial, o acesso às ações e serviços de alta complexidade, têm sido pauta da mídia. Entre 2015 e 2016, vários veículos de comunicação abordaram a situação da rede na região. Os aspectos abordados na mídia tratavam do fechamento das portas do Hospital Universitário (HU) em março de 2015, audiência pública para apontar saídas para o funcionamento da rede, comissão de saúde da câmara discute situação do HU, Hospital Dom Malan e UPAE apresentam relação de serviços oferecidos na região e hospitais da rede PE/BA participam do CRIE e encontro discutiu serviços de urgência e emergência da rede PE/BA (**Apêndice 1**).

A região consegue mobilizar com uma frequência melhor os recursos necessários para disseminação de informações em saúde (escore 3,5) (**Gráfico 36**).

Gráfico 36: Frequência com que a rede consegue mobilizar recursos



Fonte: Elaboração dos autores.

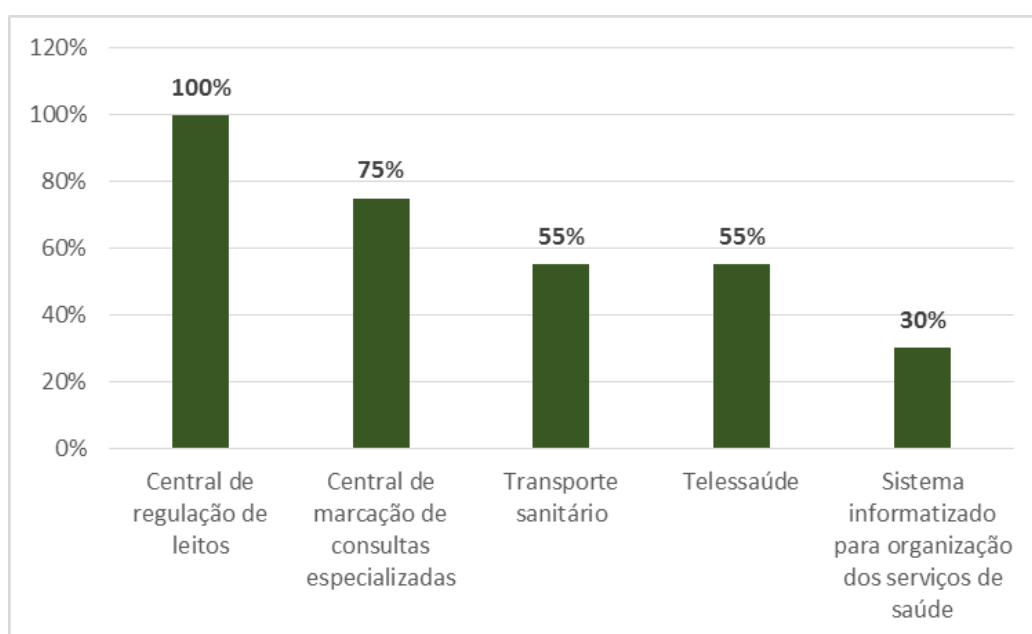
Para 100% dos respondentes a região conta com uma central de regulação leitos, seguido de uma central de marcação de consultas especializadas (75%) e transporte sanitário (55%) e telessaúde (55%) (**Gráfico 37**).

De fato, a região conta com a CRIL, inaugurada em agosto de 2010, que regula 100% os leitos da região para os casos de urgência e emergência. Funciona

num imóvel em Juazeiro e sua gestão é compartilhada entre a SES de Pernambuco e Bahia e pelas SMS de Petrolina e Juazeiro.

Por outro lado, a rede não conta com uma central de marcação de consultas especializadas; cada município opera de modo individualizado, pois, não existe uma integração formal para os serviços especializados de média complexidade.

Gráfico 37: Sistemas Logísticos disponíveis para a RAS na região

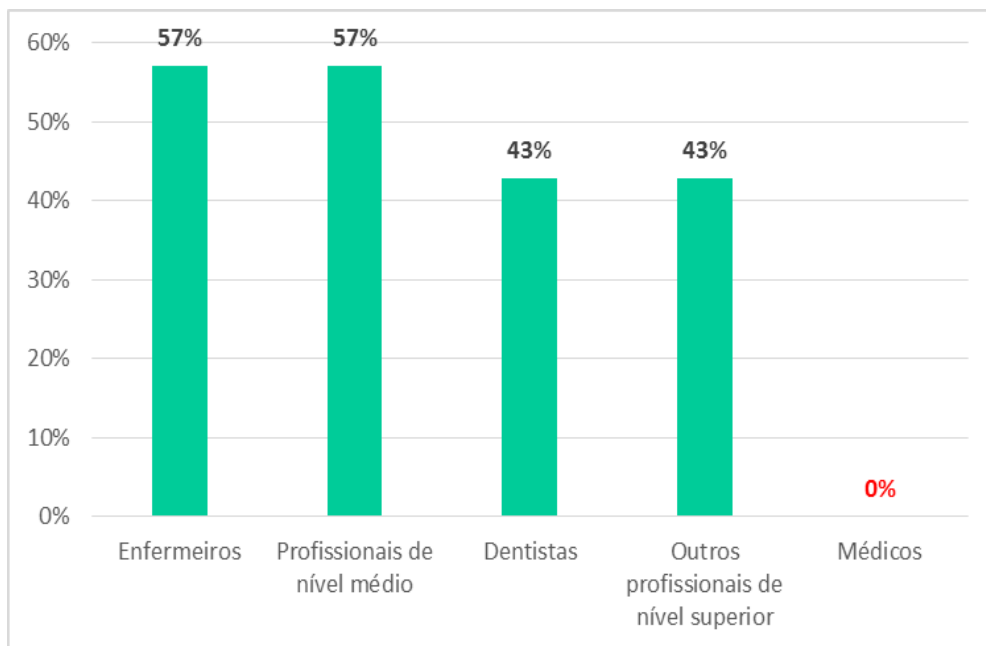


Fonte: Elaboração dos autores.

No tocante ao componente de recursos humanos, os dados sinalizam que a categoria médica é a que apresenta maior insuficiência (100%), seguida de dentistas (43%) e outros profissionais de nível superior (43%) (**Gráfico 38**).

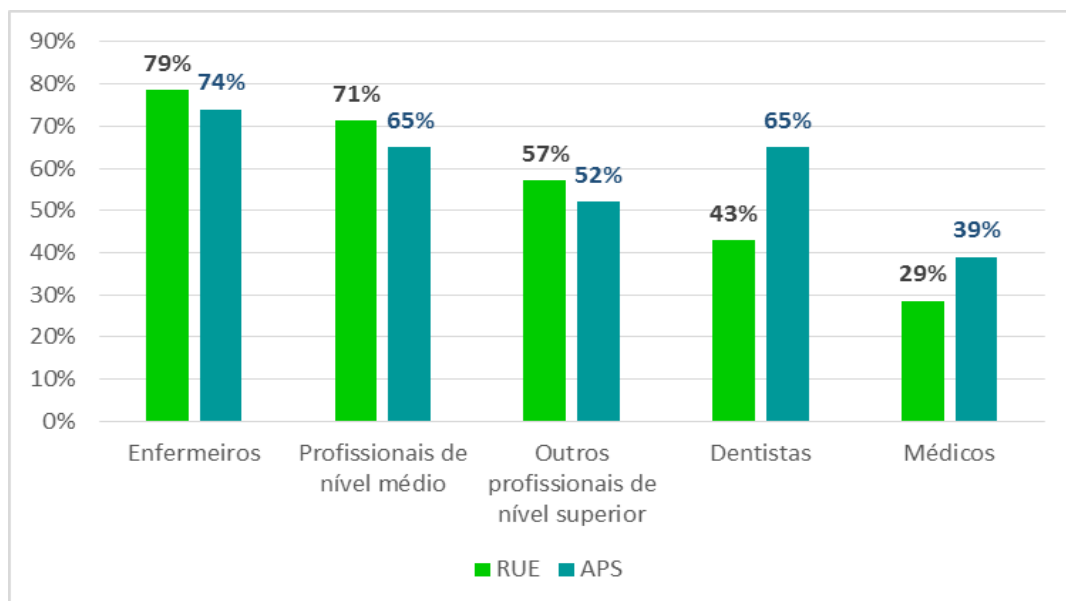
Por outro lado, quando questionados sobre a suficiência de recursos humanos para a RUE e APS, verifica-se que persiste a maior insuficiência da categoria médica, entretanto, a RUE com uma situação menos favorável que a APS (**Gráfico 39**).

Gráfico 38: Suficiência de RH na RAS para região



Fonte: Elaboração dos autores.

Gráfico 39: Suficiência de RH na RUE e APS na região

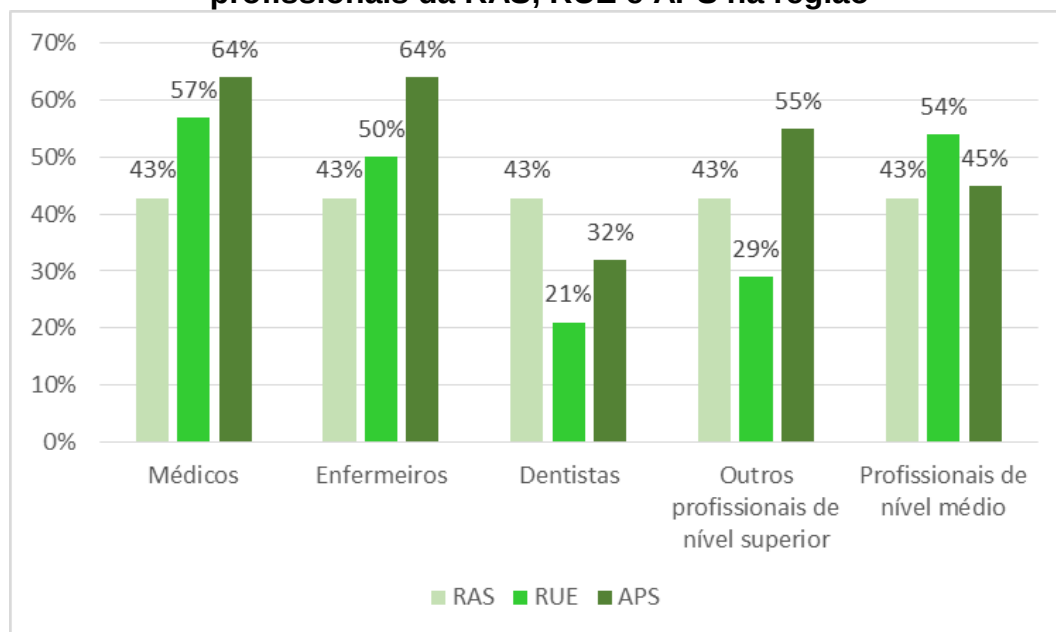


Fonte: Elaboração dos autores.

Para 43% dos entrevistados na região existe processo de formação continuada dos profissionais da RAS, médicos, enfermeiros, dentista, outros profissionais de nível superior e profissionais de nível médio.

No entanto, quando avaliada a existência de formação continuada para os profissionais da RUE e APS, constata-se que não ocorre essa homogeneidade (Gráfico 40).

Gráfico 40: Existência de processo de formação continuada para os profissionais da RAS, RUE e APS na região



Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto a modalidade de contratação de recursos humanos, os dados apresentam diversidade; para 78,6% dos respondentes a RUE conta com serviços próprios com funcionários públicos estatutários, já para a atenção básica esse percentual é de 96%.

Para 93% dos entrevistados, o SADT da RUE é realizado por serviços privados contratados; já em relação à APS, para 100% dos respondentes os exames de imagem são realizados por serviços privados contratados e para 96% os exames de bioquímica são realizados por serviços privados contratados.

Em relação às consultas especializadas para APS, na percepção dos entrevistados existe um compartilhamento entre serviços privados contratados (82%) e serviços próprios com funcionários públicos estatutários (74%).

No entendimento dos entrevistados, 43% dos serviços da RUE são contratados por OSS, sendo mais frequente na atenção pré-hospitalar fixa (36%) e na rede hospitalar de referência (29%).

A forma predominante de contratação das OSS/OSCIP na RUE é, para 54% dos entrevistados, a contratualização, porém, 31% não souberam informar a modalidade adotada. Os critérios utilizados para avaliação dos prestadores da RUE, segundo os entrevistados, são metas de produção (67%), metas de qualidade (50%) e produtividade (50%).

Na região, as três maiores referências hospitalares para RAS e RUE são unidades estaduais e federal que estão sob gestão indireta por OS.

No Hospital Regional de Juazeiro a gestão é feita pela Associação de Proteção a Maternidade e infância de Castro Alves – APMI. A APMI foi criada, em 1943, e tem por matriz o Hospital e Maternidade Joaquim Cerqueira Daltro; com experiência no amparo social à saúde da mulher, da criança e do adolescente no município de sua sede e região.

Na época de organização da rede a gestão da referida unidade era de responsabilidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

O IMIP é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Referência também na implantação de serviços, o IMIP executa pesquisas e treinamento técnico em recursos humanos da área de saúde para organismos nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais.

Atualmente, apenas o Hospital Dom Malan está sob gestão do IMIP; até 2008, o referido hospital era geral, mas com o desenho da rede, passou a cuidar exclusivamente de mulheres e crianças.

O Hospital Universitário, antigo Hospital de Traumas, foi administrado pela Prefeitura Municipal de Petrolina até 31 de julho de 2013; depois, foi administrado, através de convênio, pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), de agosto de 2013 a janeiro de 2015.

Desde 1 de fevereiro de 2015, o hospital passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e, atualmente é denominado Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-Univasf).

No Brasil, esse modelo teve destaque no governo FHC, na década de 1990. Na saúde, além da OSS, estão presentes outras modalidades, como as Fundações Privadas de Apoio, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as cooperativas (SILVA, LIMA e TEIXEIRA, 2015).

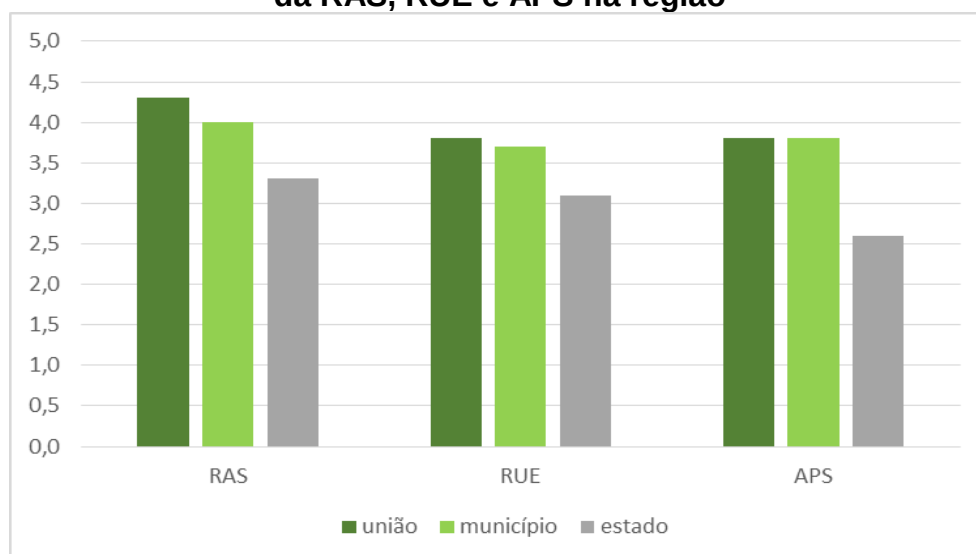
“Em que pesem o repúdio do Conselho Nacional de Saúde, instância de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere às OS, e todos os questionamentos sofridos, em especial na forma de ações de inconstitucionalidade, com relação às OS e às FEDP, essas duas propostas se destacaram no cenário nacional como modelos jurídico-institucionais preconizados nos documentos oficiais e adotados por estados e municípios, que justificam sua implementação pelas dificuldades encontradas na área de gestão de serviços de saúde”(SILVA, LIMA e TEIXEIRA, 2015:147).

No tocante ao financiamento da RAS, na percepção dos entrevistados, a participação relativa da União (escore 4,3) é maior do que a dos municípios (4,0) e do estado (3,3) no custeio das ações e serviços de saúde. Situação que se repete no custeio da RUE, porém, no custeio da APS a participação da União e dos Municípios são valoradas de modo equivalente pelos respondentes (**Gráfico 41**).

Em contrapartida, o estudo de Soares e Santos (2014) aponta que no período de 1990 a 2012 a participação da União com despesas com atenção básica apresentou queda de 38,40%, enquanto os Estados aumentaram 87,2% e os municípios mais que dobraram (138,8%).

De acordo com o SIOPS, a proporção média de gasto com custeio da atenção básica (2013 a 2015) entre os municípios da região de Juazeiro está acima da vinculada com a assistência ambulatorial e hospitalar; na região de Petrolina, esse cenário ocorre apenas em 2015.

Gráfico 41: Participação relativa das três esferas de governo no custeio da RAS, RUE e APS na região



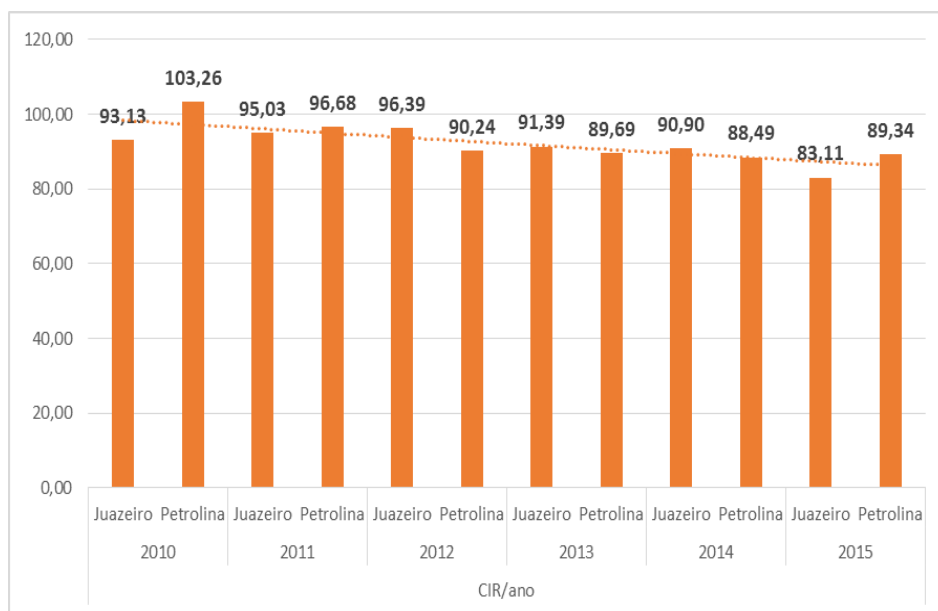
Fonte: Elaboração dos autores.

Quando analisamos o percentual de pessoas cobertas pelo PACS/PSF nas regiões de Juazeiro e de Petrolina, para o período de 2010 a 2015, constata-se tendência decrescente (**Gráfico 42**).

Quanto as transferências em valores absolutos do Ministério da Saúde na modalidade de investimento no período de 2014 a 2016, verifica-se que houve uma redução significativa na redução de Juazeiro e aumento na região de Petrolina (**Gráfico 43 e 44**).

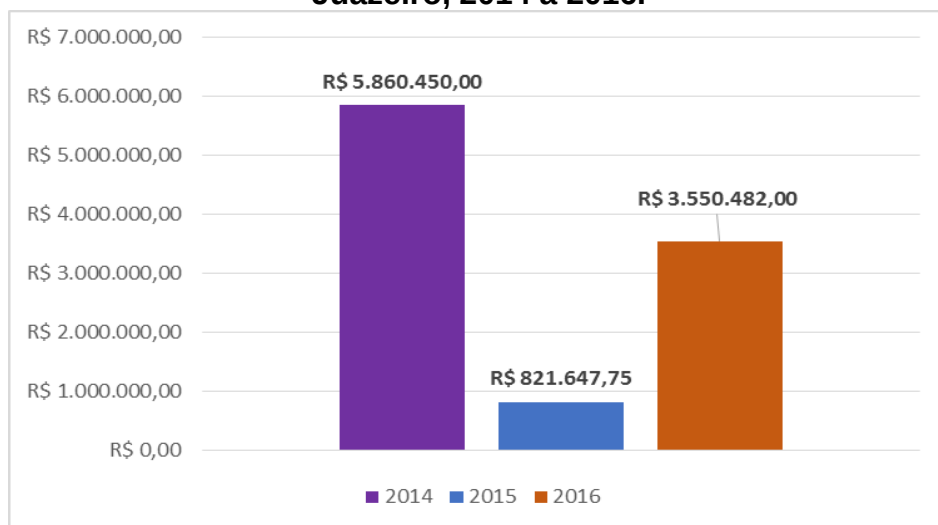
Porém, para 71% dos respondentes, o investimento na RAS na região aumentou nos últimos três anos, sendo que na atenção básica foi percebido por 74% e na RUE por 69%.

Gráfico 42: Cobertura populacional pela estratégia PACS/PSF nas regiões de Juazeiro e Petrolina, período 2010 a 2015.



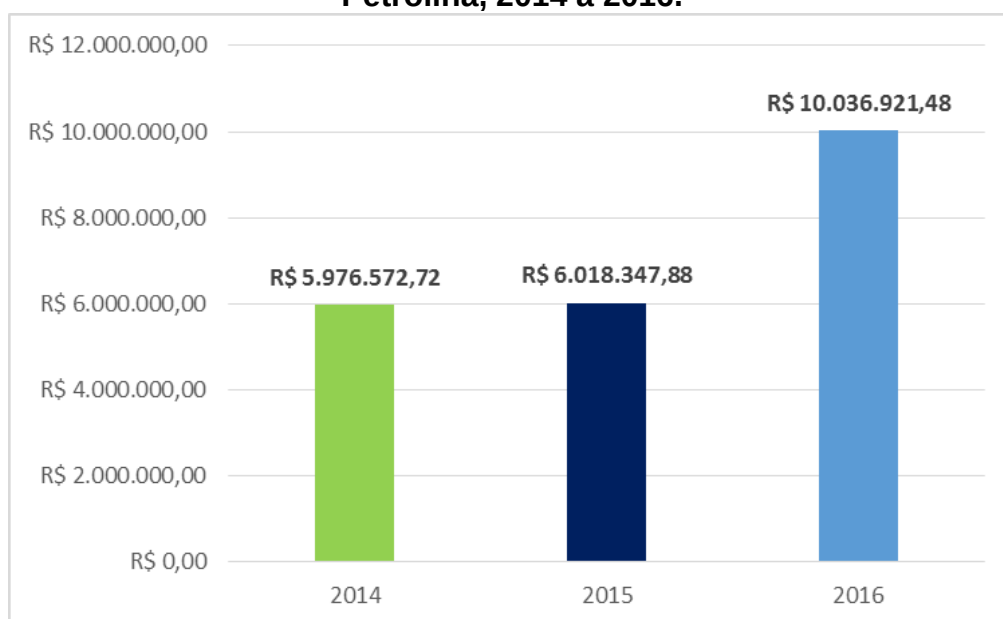
Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Gráfico 43: Valor do investimento do Ministério da Saúde na região de Juazeiro, 2014 a 2016.



Fonte: SAGE, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Gráfico 44: Valor do investimento do Ministério da Saúde na região de Petrolina, 2014 a 2016.



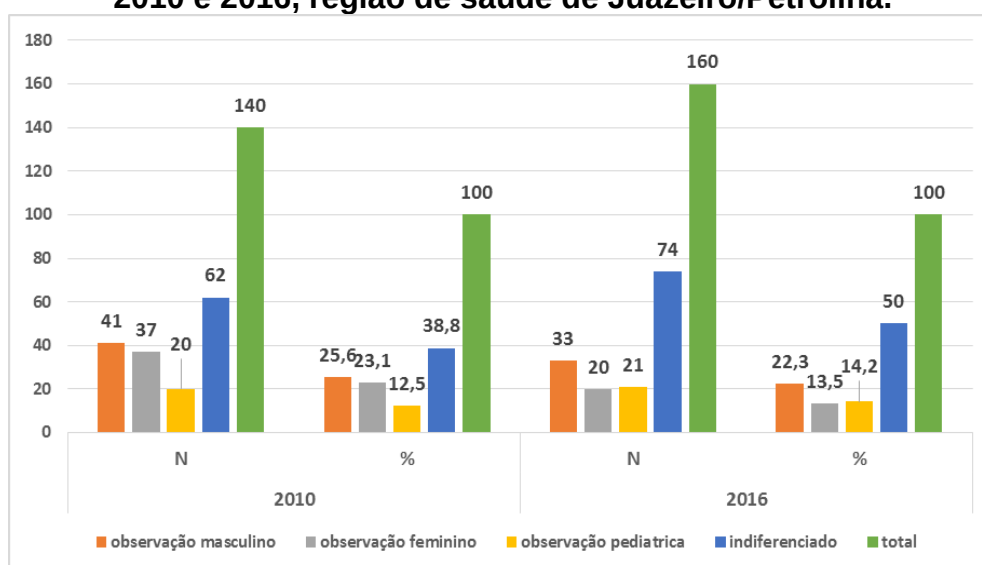
Fonte: SAGE, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Em relação à RUE, observa-se que no geral o número de leitos de observação na região Juazeiro-Petrolina aumentou 8% entre 2010 e 2016, saindo dos 140 leitos para 160 leitos.

Quando se analisa por tipo de leito de observação, o achado é outro, pois houve aumento do tipo indiferenciado e redução em pediatria e para os demais tipos. Dados que corroboram com a percepção dos entrevistados (**Gráfico 45**).

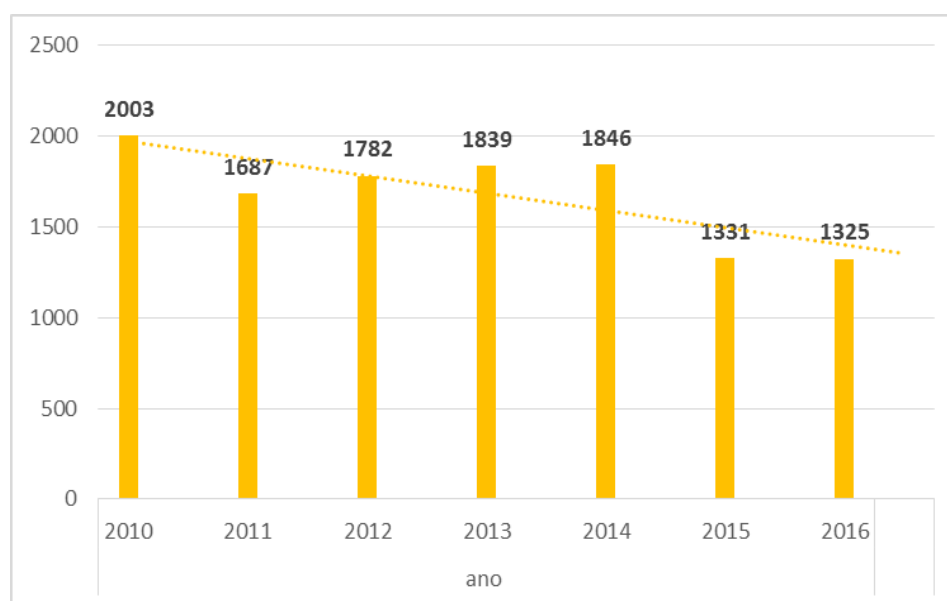
Enquanto o número de leitos de observação nas regiões de Juazeiro e Petrolina aumentou, a quantidade de leitos de internação foi reduzida em 66% no período de 2010 a 2016 (**Gráfico 46**).

Gráfico 45: Proporção de leitos de observação, segundo tipo para anos 2010 e 2016, região de saúde de Juazeiro/Petrolina.



Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Gráfico 46: Número de leitos de internação SUS de 2010 a 2016, para as regiões de Juazeiro e Petrolina.

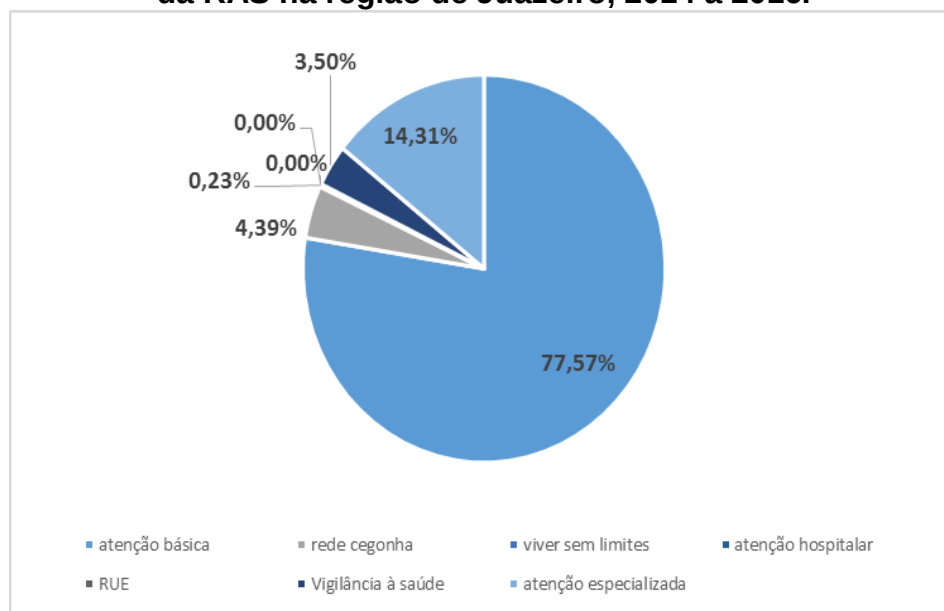


Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Além das transferências por bloco de atenção, existe também a transferência de recursos destinados a investimentos na RAS. Nesse sentido, ao analisar os valores repassados pelo Ministério da Saúde (em valores absolutos) para os municípios das regiões de Juazeiro e de Petrolina, constata-se que existe um panorama distinto de investimento nas regiões de saúde.

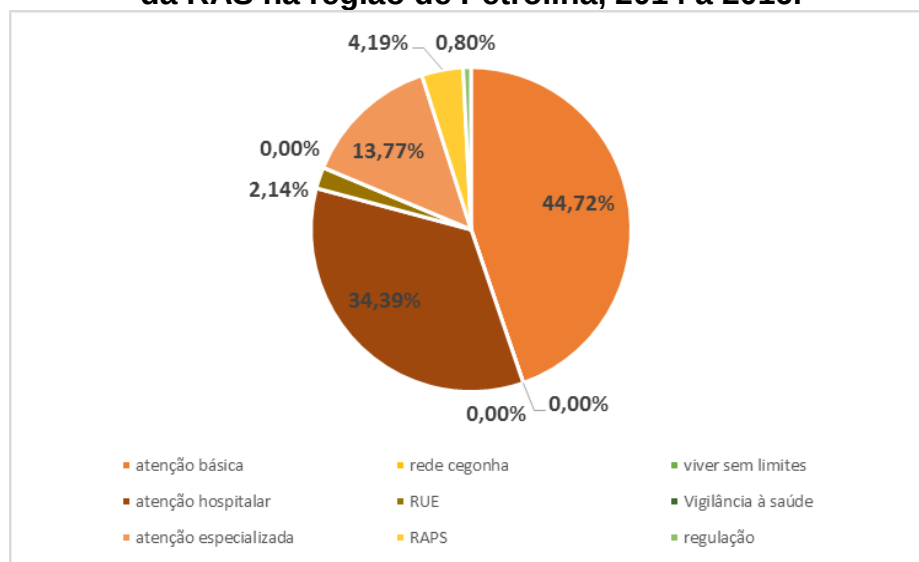
No período de 2014 a 2016, em Juazeiro os recursos de investimento foram majoritariamente para a Atenção Básica (77,57%); em Petrolina foi na Atenção Básica (44,72%) e na Atenção Hospitalar (34,39%) (**Gráficos 47 e 48**).

Gráfico 47: Proporção de recursos de investimento segundo componente da RAS na região de Juazeiro, 2014 a 2016.



Fonte: SAGE, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

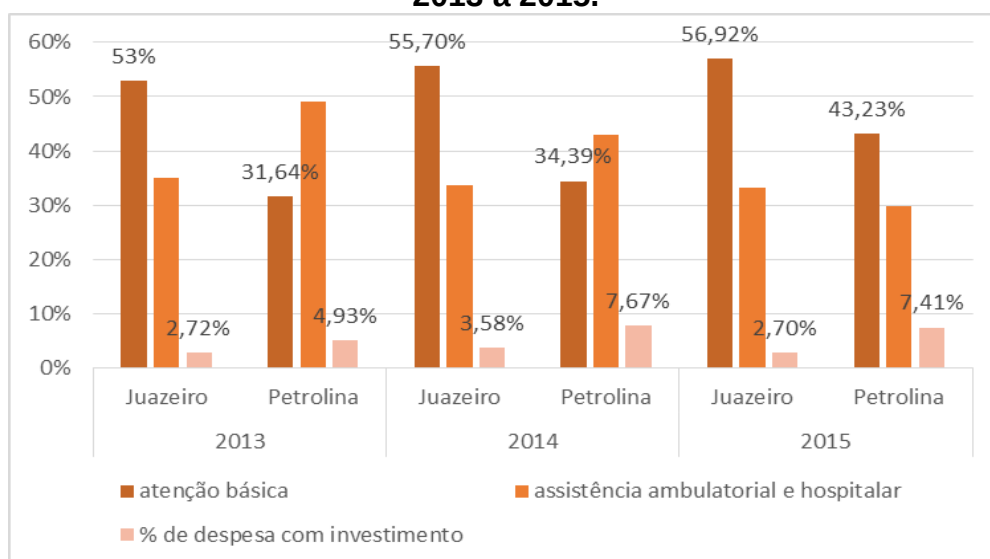
Gráfico 48: Proporção de recursos de investimento segundo componente da RAS na região de Petrolina, 2014 a 2016.



Fonte: SAGE, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

No tocante ao investimento, percebe-se uma tendência de crescimento. (**Gráfico 49**).

Gráfico 49: Proporção Média de despesa segundo sub-função atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar e investimento, para o conjunto de municípios da região de saúde de Juazeiro e de Petrolina, 2013 a 2015.

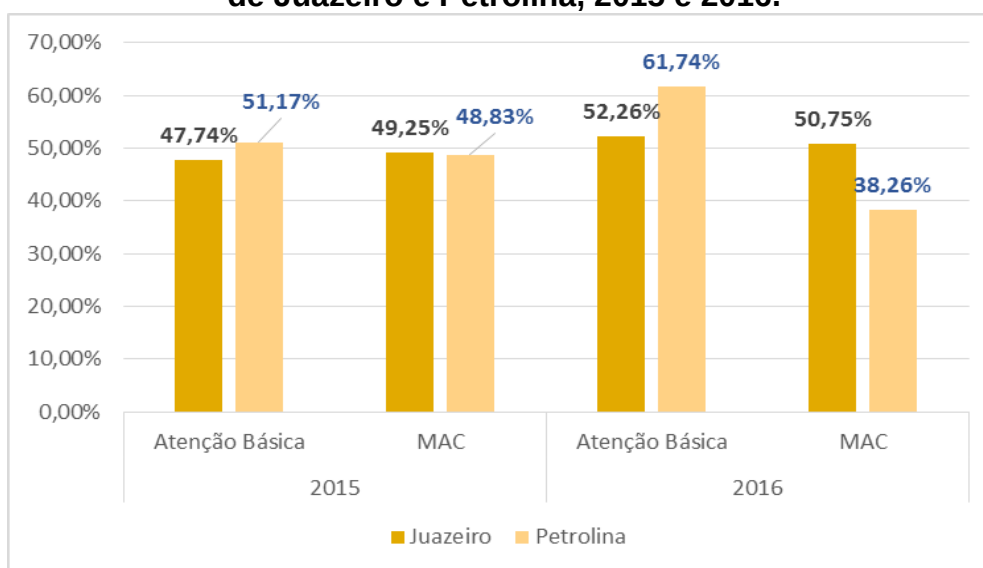


Nota: proporção média (média entre % de gasto para cada sub-função em cada município da região de saúde).

Fonte: SIOPS, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Na região de saúde de Juazeiro as transferências do Ministério da Saúde referente ao bloco da Atenção Básica (em valores absolutos) aumentaram quando comparado ao da MAC no período em análise; na região de saúde de Petrolina o que chama é a redução dos recursos transferidos relacionados ao bloco da MAC (**Gráfico 50**).

Gráfico 50: Proporção de transferências para os segmentos Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade do FNS para as regiões de Juazeiro e Petrolina, 2015 e 2016.

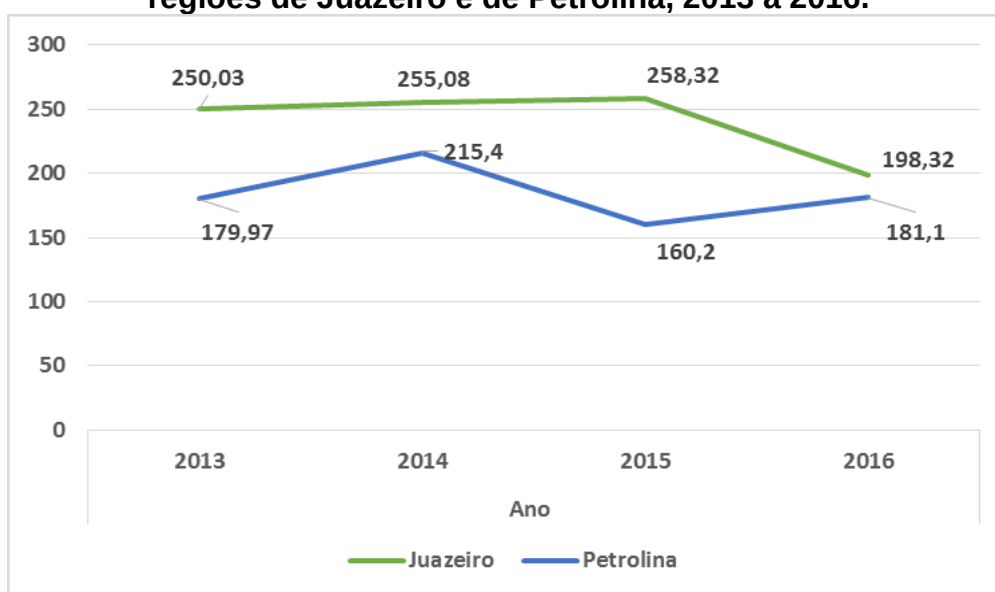


Fonte: SAGE, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Ainda em relação ao financiamento, os dados do SIOPS apontam uma redução do valor médio (valores absolutos) das transferências SUS por habitante para o período 2013 a 2016, na região de Juazeiro e leve aumento na região de Petrolina. Porém, o valor da região de Juazeiro por habitante é de R\$198,32 contra o de R\$181,10 da região de Petrolina (**Gráfico 51**).

Soares e Santos (2014), analisando o financiamento da saúde nos governos FHC, Lula e Dilma, demonstram que a participação relativa da União no período de 2003 a 2012 apresenta queda, saindo de 68,80% no período de 2003 a 2006 para 67,66% em 2010 a 2012.

Gráfico 51: Média de transferência SUS/habitante entre os municípios das regiões de Juazeiro e de Petrolina, 2013 a 2016.



Nota: média de transferência (média entre o valor por habitante entre os municípios da região de saúde).

Fonte: SIOPS, Ministério da Saúde, 2017. Elaboração dos autores.

Sobre a implementação do monitoramento e avaliação, para 64% dos respondentes, os serviços da RUE são avaliados por indicadores de desempenho. Entretanto, a frequência com que os resultados são utilizados para melhoria dos serviços obteve escore de 3,6.

Estão entre às pessoas que participam do processo de monitoramento e avaliação da RUE na região, para 100% dos entrevistados, o coordenador da RUE na região, o gestor estadual (90%), o gestor municipal (90%), o coordenador da regulação regional (90%), o coordenador estadual da RUE (89%) e o coordenador municipal da RUE (88%).

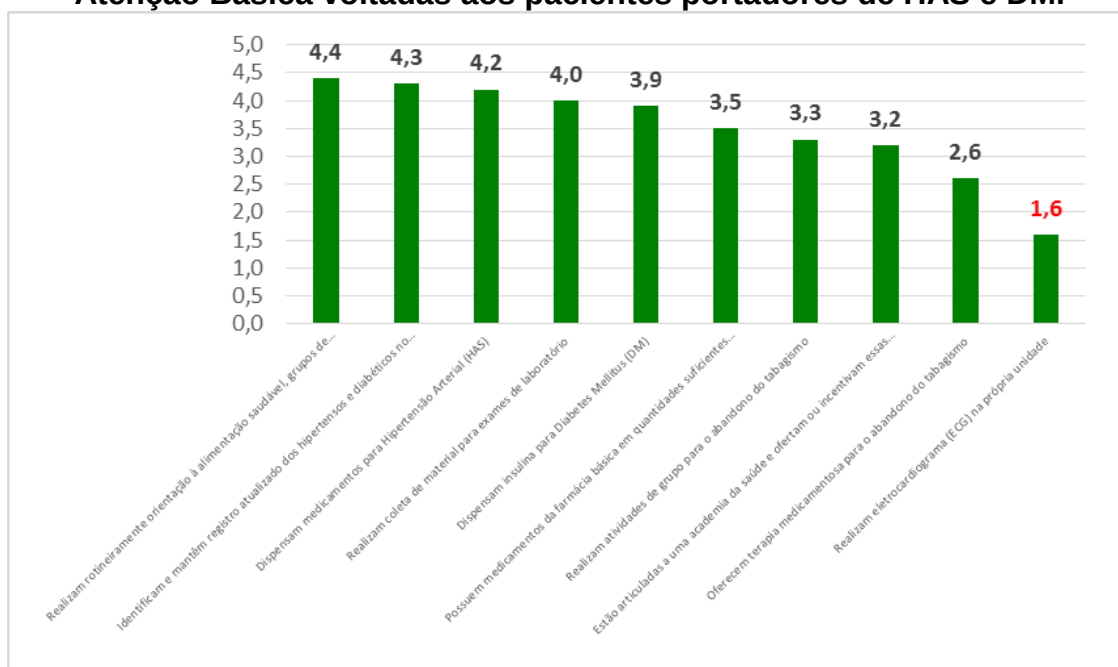
Em contrapartida, 91% dos entrevistados afirmaram que os serviços da APS são avaliados por meio de indicadores de desempenho; segundo eles, os indicadores avaliam melhor a frequência com que os resultados do processo de monitoramento e avaliação são utilizados para melhoria dos serviços (escore de 4,1).

Essa percepção quanto a avaliação da APS pode ser em decorrência do processo de pactuação de indicadores que vem sendo implementado no país a mais de uma década.

Em relação às pessoas que participam do monitoramento e avaliação da APS, figuram o coordenador municipal da APS (91%), o gestor municipal (86%), o coordenador da CIR (77%) e o coordenador da APS regional (77%).

No **Gráfico 52** verifica-se que dentre as ações voltadas aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), as mais frequentes são: realização rotineira de orientação à alimentação saudável, grupos de caminhada ou prática de atividades físicas, identificação e manutenção do registro atualizado dos hipertensos e diabéticos no território e dispensação de medicamentos para HAS.

Gráfico 52: Frequência de realização de atividades pelas equipes de Atenção Básica voltadas aos pacientes portadores de HAS e DM.



Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto à frequência do uso de algum protocolo clínico para tratamento de pacientes HAS e DM, na percepção dos entrevistados, a frequência é maior quando se trata de pacientes com DM.

Na impressão dos entrevistados, a APS é a principal responsável pelo cuidado das pessoas com HAS e DM; em relação ao tratamento/acompanhamento de AVC na região, a ação mais frequente implementada pelas equipes da APS, no entedimento dos entrevistados, são, informar rotineiramente o paciente de risco sobre os sinais de alerta de Acidente Vascular Cerebral (AVC), ofertar ações

de reabilitação para pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na área de abrangência e acompanhar todos os pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) na área de abrangência.

Especificamente na atuação do ACS, a atividade mais frequente é realizar busca ativa de pacientes com HAS e DM.

3.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO ESTRUTURA

A capacidade instalada da rede é inadequada, a insuficiência perpassa por todos níveis de atenção, sendo menos percebida na APS.

Existe uma insuficiência de profissionais de saúde na região, sendo maior entre a categoria médica, em especial na APS.

Na região existem duas instituições de ensino superior, a Universidade de Pernambuco (UPE) e a UNIVASF, ambas públicas, mas com trajetórias distintas de inserção da região.

O campus da UPE existe desde 1968, mas não tinha o caráter público; inicialmente, era uma instituição privada que o estado assumiu em 2006, porém, apenas em 2009, os alunos ficaram isentos de pagamento de taxas. Oferece na área de saúde cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e nutrição.

A UNIVASF é uma instituição federal, criada em 2002, na modalidade multicampi, com graduação em medicina, enfermagem, psicologia e farmácia.

O número reduzido de instituições de ensino superior na região, retrata o acesso restrito no Brasil.

De fato, entre 1995 e 2014, observa-se uma ampliação do número de Instituições de Ensino Superior (IES) e de matrículas, bem como, uma mudança na configuração territorial, marcada por uma desconcentração com favorecimento das regiões Norte e Nordeste (VIEIRA, 2017).

As IES na atualidade assumem centralidade em dois fenômenos importantes, no desenvolvimento regional e no sistema de inovação.

A importância das IES na região pode ser evidenciada pela presença da UNIVASF no fórum intergovernamental da rede, o CRIE.

Porém, alguns autores chamam atenção para um fenômeno denominado “distanciamento” que:

“Está relacionado, às orientações universalizantes que as IES buscam conferir ao ensino e à pesquisa que desenvolvem, de modo a reafirmar as bases científicas do conhecimento gerado, desvincilhado do espaço-tempo e transcendendo a sua locação territorial imediata” (VIEIRA, 2017:280).

Isso pode explicar em parte a insuficiência de médicos na APS, apesar de que maciçamente nos municípios da região de Petrolina e Juazeiro a rede é constituída por serviços da atenção básica.

Nessa perspectiva, a formação continuada dos profissionais de saúde é um aspecto primordial para a qualidade da atenção e a segurança do paciente. Assim, os dados apontam que existem processos de educação voltados para as diversas categorias profissionais, porém, abrangem de modo distinto as profissões. Os médicos e enfermeiras são os mais favorecidos.

Em relação à gestão dos serviços de saúde na região, constata-se a presença de serviços sob gestão indireta por OS, entretanto, 31% dos entrevistados não sabem qual a modalidade de contrato utilizada. Os critérios utilizados para avaliação desses serviços são aqueles fortemente relacionados com a produção.

As OSS presentes na região são a APMI, IMIP e EBSERH, organizações que fazem a gestão das principais referências da rede interestadual.

Na perspectiva dos entrevistados, o financiamento na região aumentou nos últimos três anos; União e municípios contribuem relativamente mais do que os estados no custeio das ações e serviços de saúde.

Alguns dados oficiais atestam que, de fato, em valores absolutos, houve aumento das transferências da União para os municípios da região; ênfase na modalidade capital.

Os investimentos nas regiões de Petrolina e Juazeiro apresentam-se de modo distinto. Em Juazeiro há predominância na APS e em Petrolina, além da APS, a área hospitalar também recebeu recursos.

No período de 2013 a 2016, a média de transferência SUS/habitante, em valores absolutos subiu em Petrolina de R\$ 179,97 para R\$ 181,10; todavia, em Juazeiro aconteceu situação inversa, era de R\$ 250,09 e caiu para R\$198,33.

Também houve redução de 66% do número de leitos SUS, fato que tem ocupado a mídia local e regional, como também o legislativo (estadual e municipal).

Nesse aspecto, a situação da rede hospitalar da região motivou a realização de uma audiência pública na Câmara de Vereadores de Petrolina, que contou com a presença de deputados estaduais da comissão de saúde, representantes das SES da Bahia e Pernambuco, Ministério da Saúde e secretarias municipais, além da comunidade e da UNIVASF.

Por fim, para mais da metade dos entrevistados (64%), os serviços de saúde da RUE na região são monitorados e avaliados por indicadores de desempenho; em contrapartida, esse percentual chega a 91% quando se trata da APS.

A presença da UNIVASF na região trouxe ganhos importantes no tocante à oferta de recursos humanos, mas, ainda é percebida a insuficiência desses profissionais, em especial aqueles com maior qualificação. Situação que acaba por contribuir para inadequação da rede em atender as necessidades da população.

IV REGULAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS REGIÕES DE SAÚDE PETROLINA E JUAZEIRO

ESCOPO DE PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1 APRESENTAÇÃO

Esse relatório contém resultados relativos ao segundo trabalho de campo proposto na pesquisa de “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”, em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP), e ao primeiro trabalho de campo proposto na pesquisa “Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil”. Ambas estão sendo realizadas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em conjunto com a Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

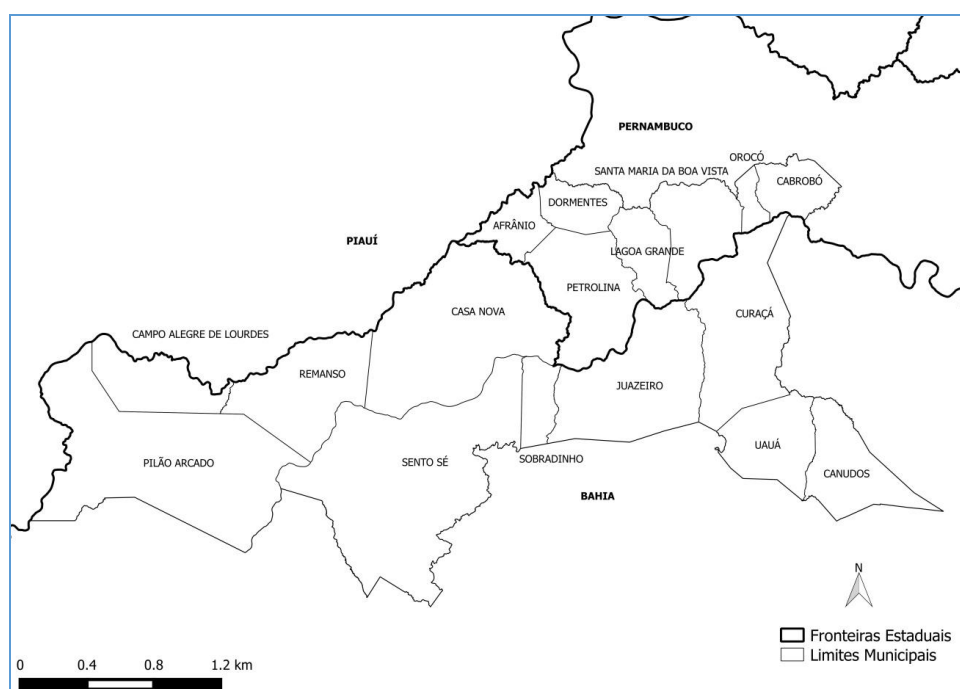
O presente campo foi realizado entre os dias 16 e 20 de novembro de 2015. O cenário de estudo foi a Rede de Integração de Saúde do Médio São Francisco, conhecida como rede PEBA, que é formada pela macrorregião de saúde de Petrolina, em Pernambuco, e Juazeiro, na Bahia. Integram-se à rede 53 municípios, com uma população de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes.

A pesquisa contemplou as regiões de Petrolina e Juazeiro. A região de Petrolina possui um total de sete municípios. Além do próprio município de Petrolina, compõem a região os municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista. Já a região de Juazeiro

possui um total de 10 municípios. Além de Juazeiro, compõem a região os municípios de Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá.

Os municípios contemplados durante a pesquisa de campo foram as sedes – Petrolina e Juazeiro – além de Cabrobó, onde profissionais da APS foram entrevistados, e Casa Nova, onde se encontrava um especialista em ortopedia (**Figura 12**). A seguir será apresentada uma breve descrição dos municípios visitados.

Figura 12: Mapa dos Municípios das Regiões de Petrolina e Juazeiro



Fonte: EPSM, 2015

4.2.1 Petrolina (PE)

Petrolina é um município brasileiro do interior do estado de Pernambuco na mesorregião do São Francisco Pernambucano, Região Nordeste do país. Possui uma população estimada de 293.962 habitantes (IBGE, 2015) e fica a 712 km da capital estadual, Recife. Está separada de Juazeiro (BA) pelo Rio São Francisco. A ponte Presidente Dutra, que conecta os dois municípios, possui extensão de 800 metros. A principal atividade econômica de Petrolina é o cultivo de uva (RAIS, 2014).

Em junho de 2015, o município de Petrolina registrava um total de 330 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), equivalente a 74,3% do total de estabelecimentos da região de saúde. Destes estabelecimentos, 34,8% são consultórios isolados, 24,5% clínicas especializadas/ambulatório de especialidades e 13,0% Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde (Tabela 07). A região de saúde de Petrolina mantém distribuição semelhante ao município sede, exceto para a porcentagem de Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde, que soma 22,5% do total de estabelecimentos de saúde.

Ao analisarmos a distribuição dos vínculos de especialistas, verificamos que mais da metade dos vínculos de oftalmologistas está localizada em Clínica especializada/Ambulatório de especialidades (52,2%), seguidos pelas cooperativas (23,2%) e consultórios isolados (15,9%). Os ortopedistas, além de um número de vínculo significativo em Clínica especializada/Ambulatório de especialidades (38,2%), possuem grande parte dos vínculos em hospitais gerais (29,4%), seguidos por cooperativas (20,6%) (**Tabela 07**).

Neste mesmo ano, o CNES registrava, no município de Petrolina, um total de 1477 vínculos de médicos para um total de 646 indivíduos, representando uma razão de 2,3 vínculos por médicos. Com relação às demais profissões, a razão entre o número de vínculos e o número de indivíduos é menor, variando de 1,1 para enfermeiros, nutricionistas e psicólogos a 1,5 para os cirurgiões-dentistas (**Tabela 08**). O número de vínculos destes profissionais, em Petrolina, corresponde a pouco menos de 90% do total da região de saúde e, portanto, dados semelhantes foram encontrados para a região.

Tabela 07: Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Petrolina, 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%	Oftalmologistas		Ortopedistas	
			Vínculo	%	Vínculo	%
Posto de Saúde	0	0,0	0	0	0	0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	43	13	0	0	0	0
Policlínica	13	3,9	1	1,4	5	7,4
Hospital Geral	6	1,8	2	2,9	20	29,4
Hospital Especializado	2	0,6	0	0	4	5,9
Unidade Mista	0	0,0	0	0	0	0

Consultório Isolado	115	34,8	11	15,9	4	5,9
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	81	24,5	36	52,2	21	30,9
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	30	9,1	0	0	0	0
Unidade Móvel Terrestre	1	0,3	0	0	0	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	7	2,1	0	0	0	0
Farmácia	2	0,6	0	0	0	0
Unidade de Vigilância em Saúde	2	0,6	0	0	0	0
Cooperativa	3	0,9	16	23,2	14	20,6
Hospital-dia (isolado)	2	0,6	3	4,3	0	0
Secretaria de Saúde	2	0,6	0	0	0	0
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	1	0,3	0	0	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	3	0,9	0	0	0	0
Centro de Apoio à Saúde da Família	8	2,4	0	0	0	0
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0,0	0	0	0	0
Polo Academia da Saude	1	0,3	0	0	0	0
Telessaude	1	0,3	0	0	0	0
Central da regulação medica das urgências	1	0,3	0	0	0	0
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1	0,3	0	0	0	0
Laboratório de Saúde Pública	1	0,3	0	0	0	0
Central de regulação	3	0,9	0	0	0	0
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	0,3	0	0	0	0
Total	330	100	69	100	68	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, junho 2015.

Tabela 08: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Petrolina, 2015

	VÍNCULOS	INDIVÍDUOS	RAZÃO
Médicos	1477	646	2,3
Cirurgiões-dentistas	197	129	1,5
Enfermeiros	425	375	1,1
Farmacêuticos	66	50	1,3
Fisioterapeutas	91	71	1,3
Nutricionistas	40	36	1,1
Psicólogos	83	75	1,1
Oftalmologistas	69	31	2,2
Ortopedistas/traumatologistas	68	32	2,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, junho 2015

Para as especialidades médicas estudadas na região, todos os oftalmologistas e ortopedistas estão concentrados no município de Petrolina. As duas especialidades possuem dados semelhantes: oftalmologia possui 69 vínculos e 31 indivíduos e a ortopedia 68 vínculos e 32 indivíduos. Portanto, tem-se uma média de mais de dois vínculos por indivíduo para as duas especialidades estudadas (**Tabela 08**).

Com relação ao tipo de vínculo das profissões estudadas na Atenção Primária em Saúde, 13,9% dos vínculos são RPA, 11,9% são estatutários e 11,6% são proprietários. Entre os cirurgiões-dentistas, 23,4% são estatutários, 17,8% são RPA e 17,3% proprietários (Tabela 3). Com relação aos enfermeiros existe uma maior concentração de vínculos celetistas (37,2%) e contrato por prazo determinado (23,8%). Já para as demais profissões, o contrato por prazo determinado apresenta o número de vínculos, respectivamente 37,9% dos farmacêuticos, 30,8% dos fisioterapeutas e 36,1% dos psicólogos (**Tabela 09**).

Tabela 09: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Petrolina, 2015.

	MÉDICOS		C. DENTITAS		ENFERM.		FARMA.		FISIO.		PSICO.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolsa	41	2,8	0	0,0	6	1,4	0	0,0	0	0,0	5	6,0
Cargo Comissionado	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celetista	131	8,9	1	0,5	158	37,2	16	24,2	15	16,5	6	7,2
Contrato por prazo determinado	138	9,3	20	10,2	101	23,8	25	37,9	28	30,8	30	36,1
Contrato verbal/informal	11	0,7	2	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	2,4
Emprego Público	46	3,1	1	0,5	52	12,2	1	1,5	13	14,3	1	1,2
Estatutário	168	11,4	46	23,4	94	22,1	11	16,7	6	6,6	5	6,0
Intermediado por OS	42	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intermediado por entidade filantrópica	7	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intermediado por empresa privada	71	4,8	18	9,1	0	0,0	2	3,0	3	3,3	8	9,6
Intermediado por cooperativa	1	0,1	0	0,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
Proprietário	172	11,6	34	17,3	2	0,5	0	0,0	15	16,5	16	19,3
Residente	47	3,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RPA	205	13,9	35	17,8	6	1,4	2	3,0	6	6,6	3	3,6
Sem tipo	397	26,9	40	20,3	4	0,9	9	13,6	4	4,4	7	8,4
Total	147 7	100, 0	197	100,0	425	100, 0	66	100, 0	91	100, 0	83	100, 0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, junho 2015

Em relação à vinculação dos especialistas, a maior parte dos oftalmologistas e dos ortopedistas é autônoma, sendo 29,0 e 30,9%, respectivamente. Entre os oftalmologistas, além dos autônomos, destacam-se os também os cooperados, representando 17,4% dos vínculos. Com relação aos ortopedistas destacam-se também os proprietários (26,5 %) e os cooperados (19,1%). (**Tabela 10**).

Tabela 10: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas por tipo de vínculo em Petrolina, 2015.

TIPO DE VÍNCULO	OFTALMOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
	N	%	N	%
Estatutário	1	1,4	9	13,2
Vínculo empregatício (Sem tipo)	14	20,3	1	1,5
Contrato por prazo determinado	6	8,7	4	5,9
Contrato verbal e informal	0	0,0	1	1,5
Cooperativa	12	17,4	13	19,1
Proprietário	8	11,6	18	26,5
Autônomo/RPA	20	29,0	21	30,9
Intermediado por empresa privada	5	7,2	1	1,5
Intermediado por OS	3	4,3	0	0,0
TOTAL	69	100	68	100

Fonte: CNES-BRASIL – junho de 2015

Já com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que empresas privadas agregam a maior parte dos especialistas, correspondendo a 71,0% dos vínculos de oftalmologistas e 58,8% dos vínculos de ortopedistas (Tabela 11).

Tabela 11: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por natureza jurídica em Petrolina, 2015.

NATUREZA JURÍDICA	OFTALMOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
	N	%	N	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	4	5,8	4	5,9
Administração Indireta - Fundação Pública	0	0	10	14,7
Empresa Privada	49	71,0	40	58,8
Fundação Privada	0	0	0	0
Cooperativa	16	23,2	14	20,6
Serviço Social Autônomo	0	0	0	0
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	0	0	0	0
Total	69	100	68	100

Fonte: CNES-BRASIL – junho de 2015

4.2.2.Cabrobó (PE)

Cabrobó é um município brasileiro do interior do estado de Pernambuco, localizado no sertão do São Francisco. Possui uma população estimada de 33.247 habitantes (IBGE, 2015) e fica situado a 182 km de Petrolina e 531 km da capital, Recife.

Em junho de 2015 Cabrobó registrava um total 28 estabelecimentos de saúde no CNES, sendo 42,9% destas unidades básicas de saúde e 21,4% consultórios isolados (**Tabela 12**).

Tabela 12: Estabelecimentos de saúde de Cabrobó, 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%
Posto de Saúde	1	3,6
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	11	39,3
Policlínica	1	3,6
Hospital Geral	1	3,6
Consultório Isolado	6	21,4
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	1	3,6
Secretaria de Saúde	1	3,6
Centro de Atenção Psicossocial	1	3,6
Centro de Apoio à Saúde da Família	1	3,6
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	10,7
Polo Academia da Saude	1	3,6
Total	28	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, junho 2015

Com relação ao número de vínculos de número de indivíduos das profissões estudadas, observa-se uma razão quase que equivalente para todas as profissões (**Tabela 13**). Não existem oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas no município.

Tabela 13: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Cabrobó, 2015.

	VÍNCULOS	INDIVÍDUOS	RAZÃO
Médicos	30	26	1,2
Cirurgiões-dentistas	16	12	1,3
Enfermeiros	25	25	1,0
Farmacêuticos	6	5	1,2
Fisioterapeutas	5	5	1,0
Nutricionistas	2	2	1,0
Psicólogos	4	4	1,0
Oftalmologistas	0	0	N/A
Ortopedistas e traumatologistas	0	0	N/A

N/A: Não se aplica.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, junho 2015

Ao analisarmos a quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cabrobó, observamos que para todas as profissões, o contrato por prazo determinado agrega o maior número de vínculos (**Tabela 14**).

Tabela 14: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Cabrobó, 2015.

	MÉDICOS		C. DENTISTAS		ENFERM.		FARMA.		FISIO.		PSICÓ.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolsa	5	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Contrato por prazo determinado	19	63,3	14	87,5	14	56,0	6	100,0	2	40,0	3	75,0
Emprego Público	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estatutário	2	6,7	2	12,5	11	44,0	0	0,0	2	40,0	1	25,0
Intermediado por empresa privada	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Proprietário	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0
Sem tipo	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	30	100	16	100	25	100	6	100	5	100	4	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, junho 2015

4.2.3 Juazeiro (BA)

Juazeiro é um município brasileiro do estado da Bahia, localizado na região sub-média da bacia do Rio São Francisco. É o segundo maior município da região de PEBA. Possui uma população estimada de 218.324 habitantes (IBGE, 2015) e fica situado a 529 km da capital estadual, Salvador.

Em junho de 2015, o município de Juazeiro possuía 187 estabelecimentos de saúde, o equivalente a 56,2% do total de estabelecimentos da região de saúde. Segundo dados do CNES, 30,5% desses estabelecimentos eram consultórios isolados, 25,7% centro de saúde/unidade básica de saúde e 22,5% clínica especializada/ambulatório de especialidades (Tabela 9). A realidade da região de saúde difere da sede, predominando posto de saúde/centro de saúde/unidade básica de saúde (37,2%), seguido de consultório isolado (18,9%) e clínica especializada/ambulatório de especialidades (13,8%).

Ao analisarmos a distribuição de vínculos de especialistas, no município sede, verificamos que mais de 90% dos vínculos de oftalmologista estão distribuídos em Hospitais Dia (45,5%) e Clínica especializada/Ambulatório de especialidade (45,5%). Já com relação aos vínculos dos ortopedistas, a maioria está em Hospital Especializado (67,6%), seguido por Clínica especializada/Ambulatório de especialidade (21,6%) (**Tabela 15**).

Tabela 15: Estabelecimentos de saúde e vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de estabelecimento em Juazeiro, 2015.

Tipo de estabelecimento	N	%	OFTALMOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
			N	%	N	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	48	25,7	0	0	0	0
Policlínica	1	0,5	0	0	1	2,7
Hospital Geral	3	1,6	0	0	3	8,1
Hospital Especializado	3	1,6	0	0	25	67,6
Consultório Isolado	57	30,5	1	4,5	0	0
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	39	20,9	10	45,5	8	21,6
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	17	9,1	1	4,5	0	0
Unidade Móvel Terrestre	1	0,5	0	0	0	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	8	4,3	0	0	0	0
Centro de Parto Normal – Isolado	1	0,5	0	0	0	0
Hospital-dia (isolado)	2	1,1	10	45,5	0	0
Central de regulação de serviços de saúde	1	0,5	0	0	0	0
Secretaria de Saúde	2	1,1	0	0	0	0
Centro de Atenção Psicossocial	2	1,1	0	0	0	0
Pronto Atendimento	1	0,5	0	0	0	0
Central da regulação medica das urgências	1	0,5	0	0	0	0
Total	187	100	22	100	37	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, a partir do CNES, junho 2015

Com relação à quantidade de vínculos e indivíduos das profissões estudadas, na atenção primária em saúde, em junho de 2015, Juazeiro possuía um total de 641 vínculos de médicos para 387 indivíduos, gerando uma razão de 1,7 vínculos/médicos. Com exceção dos psicólogos, que possuem o mesmo número de vínculos e indivíduos, para as demais profissões a razão vínculo/indivíduo era um pouco menor do que a dos médicos, variando de 1,1 para enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas a 1,3 para os cirurgiões-dentistas (**Tabela 16**).

Assim como a totalidade dos médicos registrados no CNES, a região de Juazeiro possui um número de especialistas menor do que a região de Petrolina, 23 oftalmologistas e 39 ortopedistas. A sede da região de saúde de Juazeiro detém quase a totalidade de vínculos destes especialistas. Tanto os oftalmologistas quanto os ortopedistas concentram-se, em sua grande maioria, na cidade de Juazeiro, respectivamente 20 e 26 indivíduos. O outro oftalmologista localiza-se em Remanso e os outros dois ortopedistas em Casa Nova e Remanso (CNES, 2015). Observa-se também que a razão de vínculos por indivíduos é inferior à de Petrolina, representando 1,4 vínculo por ortopedista e quase proporcional, 1,1 vínculo por oftalmologista (**Tabela 16**).

Tabela 16: Quantidade de vínculos e indivíduos por profissão estudada e razão vínculos/indivíduos em Juazeiro, 2015.

	VÍNCULOS	INDIVÍDUOS	RAZÃO
Médicos	641	387	1,7
Cirurgiões-dentistas	129	98	1,3
Enfermeiros	246	225	1,1
Farmacêuticos	35	29	1,2
Fisioterapeutas	65	52	1,3
Nutricionistas	17	15	1,1
Psicólogos	18	18	1,0
Oftalmologistas	22	20	1,1
Ortopedistas/traumatologistas	37	26	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, a partir do CNES, junho 2015

Ao analisarmos o tipo de vínculo, observamos para todas as profissões estudadas uma maior concentração de vínculos de contrato por prazo determinado. Entre os cirurgiões dentistas, destacamos também os vínculos

estatutário (27,1%) e entre os enfermeiros o emprego público (21,5%) (**Tabela 17**).

Tabela 17: Quantidade de vínculos das profissões estudadas por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015.

	MÉDICOS		C. DENTISTAS		ENFERM.		FARMA.		FISIO.		PSICÓ.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bolsa	6	0,9	0	0	4	1,6	0	0	0	0	0	0,0
Cargo Comissionado	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Celetista	86	13,4	0	0	36	14,6	4	11,4	14	21,5	1	5,6
Contrato por prazo determinado	378	59,0	37	28,7	108	43,9	11	31,4	34	52,3	9	50,0
Contrato verbal/informal	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Emprego Público	45	7,0	12	9,3	53	21,5	6	17,1	4	6,15	4	22,2
Estatutário	23	3,6	35	27,1	41	16,7	7	20	2	3,08	4	22,2
Intermediado por OS	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Intermediado por entidade filantrópica	27	4,2	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Intermediado por empresa privada	0	0,0	17	13,2	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Intermediado por cooperativa	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Proprietário	1	0,2	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Residente	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
RPA	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0
Sem tipo	75	11,7	28	21,7	4	1,6	7	20	11	16,9	0	0,0
Total	641	100,0	129	100	246	100,0	35	100	65	100	18	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFG, a partir do CNES, junho 2015

Com relação ao tipo de vínculo dos especialistas na região de Juazeiro, a maior parte dos oftalmologistas possui “vínculo empregatício sem descrição” (40,9%), seguido de “contrato por prazo determinado” (31,8%) e “autônomo sem descrição” (27,3%). Já para os ortopedistas, há predominância de “contrato por prazo determinado” (91,9%) (**Tabela 18**).

Tabela 18: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por tipo de vínculo em Juazeiro, 2015.

Tipo de vínculo	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	VIN	%	VIN	%
Estatutário	0	0	0	0
Empregado público	0	0	1	2,7
Celetista	0	0	0	0
Contrato por prazo determinado	7	31,8	34	91,9
Cooperado	0	0	0	0
Bolsista	0	0	0	0
Residente	0	0	0	0
Vínculo empregatício sem descrição	9	40,9	1	2,7

Autônomo sem descrição	6	27,3	1	2,7
Total	22	100	37	100

Fonte: CNES-BRASIL – junho de 2015

Já com relação à natureza jurídica do estabelecimento, observou-se que empresas privadas agregam a maior parte dos especialistas, equivalente a 81,8% dos oftalmologistas e 75,7% dos ortopedistas (**Tabela 19**). Uma vez que a concentração dos especialistas está no município sede, os dados para a região de saúde de Juazeiro apresentam resultados semelhantes.

Tabela 19: Número de vínculos de oftalmologistas e ortopedistas/traumatologistas, por natureza jurídica em Juazeiro, 2015.

Natureza jurídica	Oftalmologia		Ortopedia e Traumatologia	
	VIN	%	VIN	%
Administração Direta da Saúde (MS SES e SMS)	0	0	1	2,7
Administração Indireta - Organização Social Pública	0	0	0	0
Empresa Privada	18	81,8	28	75,7
Fundação Privada	4	18,2	0	0
Entidade Beneficente sem fins lucrativos	0	0	8	21,6
Total	22	100	37	100

Fonte: CNES-BRASIL – junho de 2015

4.2.4. Programa Saúde sem Fronteiras

Durante a realização do campo ocorreu um mutirão de atendimento oftalmológico em Juazeiro, parte do Programa “Saúde sem Fronteiras”, criado em 2009 pelo governo estadual da Bahia com o objetivo fornecer acesso à saúde ocular para idosos acima de 60 anos (**Figura 13**).

Figura 13: Estrutura do programa “Saúde sem Fronteiras” realizado em Juazeiro/BA. Estrutura geral (A), Entrada cirurgias eletivas (B) e Agendamento (C).





B

C

Este programa já realizou mais de 165 mil cirurgias de catarata e mais de 300 mil consultas oftalmológicas em idosos. Além disso, também atende à demanda do Programa “Todos Pela Alfabetização” (programa de alfabetização de jovens, adultos e idosos).

O Programa Saúde sem Fronteiras é pactuado por meio da Comissão Intergestora Regional (CIR) onde os gestores se comprometem a encaminhar os pacientes e estabelecem um número de consultas a serem realizadas por município. No caso de Juazeiro, pactuou-se que cada um dos 10 municípios da região tem direito a 53 consultas e o município executor do Programa – escolhido de acordo com a sua capacidade de receber a estrutura durante 7 dias – tem direito a 320 de consultas. Os municípios demandantes são responsáveis por garantir que os pacientes tenham condição de passar o dia no município-executor, fornecendo-lhes transporte, alimentação e acompanhamento de um enfermeiro ou técnico de enfermagem.

O número de cirurgias é consequência dos diagnósticos das consultas oftalmológicas: se for diagnosticada a catarata, tem-se a resolutividade no mesmo momento. Se for diagnosticado glaucoma ou outra patologia do aparelho ocular, o paciente é encaminhado para a secretaria municipal de saúde, onde se dá o direcionamento adequado. A capacidade instalada atualmente é de 5.000 consultas e 1.500 cirurgias de catarata por mutirão.

O mutirão conta ainda com o Odontomóvel, a unidade móvel do rastreamento do câncer de mama e a unidade móvel de doação de sangue da Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA). O programa “Saúde sem Fronteiras” conta com um investimento anual de até R\$ 40 milhões, segundo a Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB).⁶

4.3 METODOLOGIA

4.3.1 Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

O público-alvo da pesquisa abrangeu: gestores, médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos de Unidades Básicas de Saúde, além de usuários. Para as entrevistas foram elaborados oito questionários semiestruturados.

Os questionários dos profissionais de saúde avaliaram as seguintes dimensões e temas:

- Características do trabalho;
- Procedimentos e atividades realizadas nas unidades básicas de saúde, sua principal forma de aprendizagem e nível de confiança em realizá-los;
- Atividades executadas por médicos especialistas que poderiam ser realizadas por médicos da APS [para médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos];
- Atividades executadas por médicos que poderiam ser realizadas por outros profissionais da APS [para enfermeiros];
- Atividades executadas por dentistas especialistas que poderiam ser realizadas por dentistas da APS [apenas para dentistas];
- Vantagens e desvantagens em executar atividades médicas especializadas nas UBS;
- Carga horária de trabalho do profissional;
- Tarefas clínicas que consomem mais tempo na UBS;

⁶ Disponível em:

http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9977:saude-sem-fronteiras-estara-em-juazeiro-de-18-a-24&catid=13:noticias&Itemid=25. Acesso em: 16 de dezembro de 2015.

- Tarefas clínicas com as quais gostaria de gastar menos tempo;
- Recursos de apoio que o profissional utiliza na sua rotina na UBS;
- Características sociodemográficas dos profissionais.
- Tarefas que os profissionais dentistas, enfermeiros e farmacêuticos estariam dispostos a delegar para técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem e técnicos em farmácia, respectivamente.

O questionário de gestores de UBS abordou:

- Características sociodemográficas;
- Percepção dos gestores (se concorda ou não) sobre algumas afirmativas que abordavam a expansão do escopo de prática dos profissionais da APS;
- Atividades que os médicos, enfermeiros e dentistas poderiam realizar na APS;
- Vantagens e desvantagens da expansão das atividades dos médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS;
- Mecanismos de certificação e regulamentação necessários para garantir a ampliação dos escopos de práticas destes profissionais.

Já o questionário dos usuários abordou o motivo que os fizeram procurar atendimento, seguido por questões de caráter narrativo, em que são expostas situações de saúde hipotéticas, tanto agudas como crônicas, nas quais a preferência dos entrevistados em serem atendidos por profissionais médicos e não-médicos é avaliada. Foi perguntado, também, o que interfere na avaliação que os usuários fazem do profissional de saúde, o que faria os usuários se sentirem mais confiantes em serem consultados por um enfermeiro e quais as vantagens e desvantagens deste atendimento.

4.3.2 Seleção dos entrevistados

Para a seleção dos entrevistados, em um primeiro momento foi realizado uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES de junho de 2015) para levantar o número médicos, enfermeiros e dentistas e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios a serem visitados. Este

cadastro é gerido pelo Ministério da Saúde (MS) e inclui estabelecimentos de saúde públicos e privados, do Brasil. Procurou-se identificar tanto unidades urbanas quanto rurais e aquelas que possuíam médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Priorizaram-se ainda as UBS que prestavam atendimento odontológico e da equipe do NASF, para que um maior número de profissionais pudesse ser entrevistado em cada local.

Dentre estas unidades foram selecionadas duas por município a ser visitado e, posteriormente, fez-se contato telefônico, a fim de confirmar as informações encontradas no CNES e realizar tentativa de agendamento das entrevistas. Aquelas onde não se conseguiu contato prévio foram visitadas em campo ou substituídas por unidades indicadas por gestores locais, seguindo os critérios já citados. Procurou-se entrevistar ao menos dois indivíduos de cada categoria (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, gestores e usuários).

4.3.3 Construção de uma Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil

4.3.3.1 Instrumento e público alvo

O público-alvo da pesquisa abrangeu as especialidades de oftalmologistas e ortopedistas. Com exceção do campo-piloto (regiões de Juazeiro e Petrolina), nos demais campos a pesquisa incluíram-se ainda gestores municipais e estaduais responsáveis pela atenção especializada, gestores das Unidades Básicas de Saúde e representantes de Sociedades e Cooperativas de especialidades médicas.

Para investigar o escopo de prática dos médicos especialistas, foram elaborados dois questionários semiestruturados, um para ortopedistas e outro para oftalmologistas. No campo-piloto, observou-se que o tempo disponível para resposta era incompatível com a primeira versão dos instrumentos, que incluía um número grande de questões. Dessa forma, para os demais campos,

foram selecionadas as principais questões para serem aplicadas, tornando os instrumentos mais objetivos e sucintos.

De maneira geral, os questionários dos especialistas avaliaram as seguintes dimensões e temas:

- Características do trabalho: vínculo, carga horária, em quantos locais e municípios trabalham;
- Escopo de prática geral: principais procedimentos e casos clínicos da prática profissional, fluxo de atendimento;
- Escopo de prática relacionado à Atenção Primária em Saúde: principais procedimentos e casos clínicos da prática profissional que são recebidos por encaminhamento, referência e contra referência com a APS;
- Características sociodemográficas: sexo, idade, informações sobre formação e experiência profissional prévia.

Foram elaborados ainda roteiros a serem aplicados em entrevistas com gestores responsáveis pela atenção especializada, com representantes das sociedades de especialidades médicas e das cooperativas de especialistas médicos. Durante as entrevistas, buscou-se investigar se existia escassez de profissionais das especialidades estudadas, como é garantida a cobertura dessas especialidades em áreas remotas e rurais, como os especialistas são contratados e se existe dificuldade de contratação, quais os principais fatores de atração e fixação, quais atividades poderiam ser realizadas na APS visando melhorar o acesso a serviços especializados e também a resolutividade dos cuidados prestados; e, por fim, se existem inovações relacionadas às atividades clínicas dos médicos especialistas.

Para as entrevistas com os representantes das sociedades médicas, foram ainda investigadas questões relacionadas à formação de especialistas, e aos principais tipos de arranjo de trabalho. Já para os representantes de cooperativas foram incluídas perguntas específicas relativas ao número de cooperados; à existência e a relação dos cooperados e da própria cooperativa com outras cooperativas médicas e também não médicas; aos tipos de arranjo,

organização e remuneração do trabalho dentro das cooperativas bem como à cobertura profissional da própria organização; quanto à forma e ao pré-requisito para o ingresso dos médicos nas cooperativas; como se realizava o preenchimento do CNES; e, por fim, questões relacionadas aos tipos de contratos e convênios públicos e/ou privados existentes.

4.4.3.2 Seleção dos entrevistados

A seleção dos médicos especialistas entrevistados foi intencional e realizada por meio de uma lista construída a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de junho de 2015. Para a realização deste estudo foram utilizadas as seguintes variáveis do CNES

- Tipo de estabelecimento: Identifica o tipo de estabelecimento de acordo com a natureza da atividade realizada.
- Tipo de vínculo: Tipo vínculo do trabalhador com o estabelecimento de saúde, isto é, de que forma é regida a vinculação com o estabelecimento para o desempenho da função contratada.

Para o campo-piloto, foram selecionados aqueles especialistas com maior número de vínculos registrados e que atuavam em mais de um município, região ou estado. Nas demais regiões estudadas, foram selecionados especialistas em cada um dos seguintes cenários de prática:

- consultório isolado;
- unidade especializada pública;
- unidade especializada privada com ou sem vínculo SUS;
- hospitais públicos;
- hospitais privados com ou sem vínculo SUS.

Além disso, como realizado no campo-piloto, deu-se preferência a indivíduos com maior número de vínculos registrados e que atuavam em mais de um município, região ou estado.

Com relação aos demais atores entrevistados (gestores municipais e estaduais responsáveis pela atenção especializada e representantes de Sociedades de

Cooperativadas médicas), os entrevistados foram identificados por meio de consulta ao website e contato telefônico.

Os agendamentos foram realizados via telefone e via e-mail com os atores selecionados, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Aqueles cujo contato não foi efetivado até o período de campo, foram visitados durante horário comercial ou substituídos por outros profissionais, enquadrados no mesmo critério de elegibilidade. As entrevistas foram realizadas nos estabelecimentos que correspondiam ao cenário de prática do indivíduo.

4.4.3.3 Caracterização dos cenários de campo

A caracterização dos municípios foi realizada a partir de duas bases de dados:

1. CNES de junho de 2015, em que serão descritos os tipos de estabelecimentos de saúde, número de vínculos, número de indivíduos, razão de vínculos por indivíduo e tipo de vínculo de médicos, dentistas e enfermeiros total e que atuam em estabelecimentos da Atenção Primária em Saúde (APS)
2. Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE) de 2013, que se trata de um registro administrativo do MTE, de âmbito nacional e periodicidade anual. É considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos empregadores do país que devem declarar os empregos de celetistas (empregados sob o regime da CLT); servidores da Administração Pública; trabalhadores temporários ou com Contrato de Trabalho de Prazo Determinado, de acordo com as legislações específicas dos estados e municípios; entre outros. Neste trabalho serão apresentados o número de estabelecimentos e respectivos estoques de vínculos formais de emprego segundo a classe de atividade econômica, cálculo dos Quocientes Locacionais⁷ (QLs), número de vínculos ativos, número de

⁷ O quociente locacional (*QL*) é um indicador obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos de uma atividade específica sobre o total de estabelecimentos em uma região, e a mesma proporção no país. Valores de *QL* superiores a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos na região é superior à do Brasil, valores inferiores indicam que a concentração é inferior e valores iguais

admitidos, desligados e saldo e remuneração média mensal e hora das ocupações de saúde selecionadas.

4.4 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

4.4.1 Regulação das profissões em saúde - profissionais da Atenção Básica

Ao total foram visitadas oito unidades de saúde, nas quais foram realizadas 27 entrevistas com profissionais de saúde, conforme a **Tabela 20**. A seguir serão apresentadas a caracterização dos estabelecimentos de saúde visitados e a análise dos resultados das entrevistas por categoria profissional.

Tabela 20 – Relação de entrevistados durante do Campo PEBA, novembro de 2015.

Entrevistados	N
Médicos	6
Enfermeiros	5
Dentistas	6
Gestor UBS	5
Farmacêuticos	2
Fisioterapeutas	2
Psicólogos	1
Total	27

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015

4.4.1.1 Caracterização dos estabelecimentos visitados

Na cidade de Petrolina foram visitadas três UBS, das quais duas integram o recente modelo de unidades de Atendimento Multiprofissional Especializado (AME) (**Figura 14**). As AMEs são provenientes de projeto de reestruturação da Atenção Básica idealizado em 2009, com a previsão de construção de 20 unidades. Neste projeto há, ainda, a previsão de construção de AME Policlínica e AME Servidor, específica para ações na atenção ao trabalhador⁸.

a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos é a mesma que a do Brasil. O mesmo se aplica ao número de vínculos de uma ocupação específica.

⁸ <http://www.petrolina.pe.gov.br/petrolina2015/programas.php>

Ambas as AME visitadas eram localizadas mais ao centro da cidade. Cada AME conta com profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários e sistema de prontuário eletrônico. Nelas foram entrevistados dois médicos, três dentistas, um farmacêutico, um enfermeiro e dois gestores.

A estrutura física da AME é equipada com consultórios, salas de procedimentos, de marcação de exames, esterilização, curativos, pequenas cirurgias, vacinação, acolhimento, farmácia, brinquedoteca, escovódromo, almoxarifado e recepção com capacidade para acomodar 100 pessoas.

Figura 14: AME visitada em Petrolina.



A **Figura 15** refere-se à uma Unidade Básica de Saúde visitada em Petrolina, sua localização está mais retirada do centro urbano. No momento da visita não havia muitos pacientes. Neste local foram entrevistados o gestor, um médico, um enfermeiro e uma fisioterapeuta, profissional do NASF que estava atendendo nesta unidade no momento da visita. A equipe do NASF não estava completa, e os profissionais fazem rodízio de atendimento nas outras unidades próximas da localidade do bairro, ou seja, a mesma equipe do NASF está vinculada a mais de uma Unidade Básica de Saúde. A estrutura do local, tanto da unidade como do bairro é precária.

Percebeu-se durante o campo que as unidades básicas de saúde de Petrolina eram melhores em termo de estrutura física do que as unidades visitas em Cabrobó e Juazeiro, descritas a seguir.

Figura 15 – Unidade Básica de Saúde de Petrolina.



Em Cabrobó foram visitadas duas UBS, ambas situadas no centro da cidade. Uma era nova, recém-construída, em que atuavam duas equipes de PSF, uma completa com uma médica cubana do PMM e a outra equipe estava sem médico na ocasião. Nesta unidade foram entrevistadas a médica, a dentista e a enfermeira, que também atuava como gestora da unidade. A segunda unidade visitada possuía uma estrutura pequena e limitada, com apenas uma equipe. Nesta unidade foram entrevistadas a médica, também era cubana e do PMM, e a dentista.

Ainda em Cabrobó, foi visitado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que atuava em sede própria, próximo à Secretaria Municipal de Saúde, com entrevistas com o psicólogo e fisioterapeuta.

Na cidade de Juazeiro foram visitadas três UBS, uma das quais uma estava situada na zona rural em povoado situado cerca de 75 km do centro do município. Esta unidade tinha horário de atendimento reduzido, apenas pela manhã, e os profissionais de saúde que atuavam na unidade se deslocavam diariamente para lá por meio de carro da prefeitura que saía de Juazeiro, a saber: a dentista, a médica e a enfermeira. A unidade, apesar de possuir uma estrutura pequena e precária, possuía uma equipe bastante unida e proativa (Figura 16).

Figura 16 – (a) Unidade Básica de Saúde na zona rural de Juazeiro (b) recepção da unidade zona rural de Juazeiro (c) Região entorno da unidade zona rural de Juazeiro.



Sobre as unidades urbanas visitadas em Juazeiro, uma (Figura 17) é localizada em um bairro precário, com ruas não asfaltadas e esgoto não encanado. Atende a uma população carente e no período da manhã, momento

em que a visitamos, havia um número considerável de pacientes para serem atendidos.

Esta unidade recebia residentes da Universidade Federal do Vale do São Francisco, do programa de residência em Saúde da Família. Neste local foram entrevistados o gestor, um médico, uma enfermeira e uma farmacêutica, dos quais tanto a enfermeira quanto a farmacêutica eram residentes deste programa. Segundo a farmacêutica, no primeiro ano todos os residentes são alocados em alguma UBS, e são duas vagas para cada um dos profissionais: farmacêuticos, dentistas, enfermeiros e psicólogos. Na UBS visitada não havia dentista pelo programa, mas duas psicólogas. A partir da observação no local e das entrevistas realizadas foi possível perceber que, embora a residência forneça os profissionais para as UBS, não há padronização nas atividades desempenhadas e nem fixação do profissional à unidade, comprometendo a continuidade do cuidado.

Figura 17 – Unidade Básica de Saúde urbana de Juazeiro.



4.4.1.2 Análise das entrevistas

- Médicos

Entre os seis médicos entrevistados durante o campo, a metade era do sexo feminino e com até 30 anos de idade. Quatro eram brasileiros, dois eram cubanos. Dois apresentavam naturalidade de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista, um do próprio município e um de outro estado. Apenas um não residia no município pesquisado. Com relação à graduação

dois graduaram no mesmo município pesquisado, sendo que um desses era também natural do mesmo município.

O tempo de atuação na APS variou de três meses a cinco anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de uma semana a dois anos. Três médicos eram bolsistas, os dois estrangeiros, do 'Programa Mais Médicos', e um do PROVAB; dois possuíam vínculo estatutário e um tinha contrato temporário com a administração pública. Três declararam ter títulos de especialistas, um em Medicina da Família, um em Medicina Geral e Integral e um em Medicina Geral e Integral e Ginecologia. Dois dos entrevistados declararam possuir outro trabalho, um na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e o outro como supervisor do 'Programa Mais Médicos' (**Tabela 21**).

Tabela 21: Perfil dos médicos entrevistados – Campo PEBA – novembro, 2015.

Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Petrolina – PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Recife – PE	Petrolina - PE	Senhor do Bonfim - BA	Paulo Afonso - BA	Ciego de Avila - Cuba	Havana - Cuba
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Cabrobó - PE	Cabrobó - PE
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	32	28	27	29	49	46
Ano de conclusão da graduação	2009	2013	2014	2015	1989	1993
Município/UF de graduação	Recife - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Camaguey - Cuba	Havana - Cuba
Tempo de atuação na APS	5 anos	2 anos	8 meses	3 meses	-	-
Tempo de atuação na UBS	9 meses	2 anos	8 meses	1 semana	2 anos	2 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40*	40*	40*
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Estatutário	Contrato temporário	Bolsista (PROVAB)	Bolsista (PMM)	Bolsista (PMM)
Possui título de especialista	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Possui outro trabalho	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não

*Estão incluídas as horas dedicadas ao curso de especialização em Saúde da Família oferecida aos bolsistas do Mais Médicos e do PROVAB.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista com 49 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades de atenção básica, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e caso não realizassem, se sabiam ou não os realizar. Foi perguntado também qual o nível

de confiança do médico em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Pelos menos cinco ou seis dos médicos entrevistados indicaram realizar na UBS onde atuam os seguintes procedimentos e atividades:

- Crioterapia ou terapia química para a verruga genital;
- Drenagem de paroníquia (infecção ungueal);
- Remoção de cerume;
- Remoção de corpo estranho do ouvido;
- Remoção de corpo estranho de membros superiores, inferiores e extremidades;
- Tratamento de feridas superficiais;
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal);
- Pré-natal de baixo risco;
- Solicitar exame de sangue oculto nas fezes;
- Tratamento de lombalgias (dor lombar);
- Tratamento de infecção urinária recorrente;
- Tratamento de rinopatias alérgicas;
- Tratamento de sinusite recorrente;
- Tratamento de otite recorrente;
- Tratamento de asma;
- Tratamento de anemia;
- Tratamento de epigastralgia/ úlcera péptica;
- Tratamento de micoses superficiais;
- Tratamento de dermatites.

Apenas um dos médicos entrevistados, integrante do programa Mais Médicos e com formação em Cuba, indicou que realiza na UBS procedimentos como:

- Remoção de lesões na pele;
- Crioterápica de lesões na pele;
- Raspagem para determinação de fungo;
- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva;
- Remoção de cistos, lipomas e nevos;
- Acupuntura.

Os resultados indicam também que os médicos sabem executar mais procedimentos do que realizam na prática, nas UBS. Dos 49 procedimentos listados, 75% (n=38) foram indicados por pelo menos um dos profissionais como 'não realizo, mas sei fazer'. Entre esses a realização de eletrocardiograma foi indicada pelos seis entrevistados; 'remoção de cistos, lipomas e nevos' foi indicado por cinco dos entrevistados; e 'remoção de lesões na pele', 'punção venosa', 'injeção subcutânea', 'imobilização de fraturas',

‘parto normal de baixo risco’, ‘parto normal de alto risco’ e ‘inserção de sonda nasogástrica/lavagem gástrica’ foram indicados por quatro dos entrevistados.

Com relação aos procedimentos que os médicos não realizam e não sabem realizar, 28% (n=14) foram indicados por pelos menos um dos entrevistados:

- Remoção de lesões na pele;
- Crioterapia (tratamento a frio) de lesões na pele;
- Raspagem para determinação de fungo;
- Remoção de calo doloso;
- Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva;
- Cauterização de epistaxe (sangramento nasal);
- Imobilização de fraturas;
- Pré-natal de alto risco;
- Parto normal de baixo risco;
- Parto normal de alto risco;
- Teste de Papanicolau;
- Acupuntura;
- Queixas de diminuição da acuidade visual (erros de refração, glaucoma, retinopatias e catarata);
- Queixas de olho vermelho.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos médicos foi alto. Procedimentos como ‘remoção de corpo estranho de vias aéreas superiores’, ‘punção venosa’, ‘crioterapia de lesões na pele’ e ‘parto normal de alto risco’ foram citados por pelos menos um dos entrevistados como atividades com baixo nível de confiança em desempenhá-las. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os médicos sabem fazer, porém não os realizam nas UBS, a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’ foi relatado pelos seis entrevistados. Outros motivos como ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’, ‘a política da UBS não permite a realização destes procedimentos’, ‘sobrecarga de trabalho’ e ‘é realizado por outro profissional de saúde da UBS’ foram identificadas, cada, por um entrevistado.

Com relação à percepção dos médicos sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos especialistas os entrevistados estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, os principais

citados incluíram a realização de pequenas cirurgias, suturas, imobilização e solicitação de exames (ex. ecocardiograma e endoscopia digestiva alta):

“[...] aqui no município, para você pedir um ecocardiograma, tem que ser um cardiologista. E eu costumo dizer que eu tenho critérios, eu sei por que pedir, eu sei avaliar. Eu entendo que é um jeito de se limitar [...] porque tem muita gente que pede sem critério. A mesma coisa [acontece] com a endoscopia [...] eu não posso pedir diretamente. Como eu sou muito abusado, às vezes eu brigo e consigo” (Médico 1)

Foram mencionados, ainda, os procedimentos: remoção de corpo estranho, remoção de molusco contagioso, tratamento de dermatites, drenagem de abscesso, acupuntura, tratar queimaduras, inserção de DIU e solicitação de medicamentos de alto custo.

Uma médica estrangeira relatou que atendeu um paciente com molusco contagioso simples – em área bem delimitada – cuja remoção poderia ser realizada em poucos minutos, na própria unidade básica, mas outros profissionais informaram que o município não autorizava a realização daquele procedimento em UBS, devendo o caso ser encaminhado ao dermatologista. O mesmo paciente retornou, após três meses, sem ter conseguido vaga para esta especialidade, e com o quadro agravado – o molusco contagioso havia disseminado por várias partes do corpo.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, dois avaliaram como bom, um avaliou como nem ruim e nem bom, um como ruim e dois como muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas incluíram: poucas vagas, protocolos restritos, muita demanda e tempo alto de espera. Um dos médicos ainda indicou dificuldade de encaminhamento para determinadas especialidades, como ortopedia e neurologia. Outro indicou dificuldade em relação à atividade específica, como agendar mamografia. Um dos médicos afirmou que o processo de regulação deveria ser vinculado a programas como o telessaúde, a fim de otimizar os encaminhamentos da atenção primária:

“Aquele mecanismo de telessaúde [...] é importante que a gente atrele a regulação a isso. Há pesquisas que mostram que a gente pode diminuir pela metade o número dos encaminhamentos. Se a gente tem um processo que o médico encaminha pro telessaúde e o telessaúde dá uma resposta, que pode ser tanto no sentido de “tente fazer isso,

tente fazer aquilo”, ou então fornecer uma senha pra que esse encaminhamento aconteça. [...] eu já tentei propor isso ao município. Começaria, por exemplo, com 10% das vagas de encaminhamentos [fornecidas] dentro do telessaúde. Seria uma forma de priorizar aquele profissional que tem o cuidado e a preocupação”. (Médico 1)

As médicas entrevistadas no município de Cabrobó ainda apontaram a falta de acesso a exames no município, fazendo com o que o paciente seja encaminhado duas vezes para Petrolina, uma para fazer o exame e depois novamente para a consulta.

Sobre as tarefas clínicas que os médicos gostariam de gastar menos tempo, as respostas variaram entre renovação de medicamentos, demanda espontânea e serviços burocráticos. Um dos entrevistados que respondeu ‘*Atendimento de demanda espontânea*’ relata:

“[...] tem coisas que daria pra ser dividida com outros profissionais da enfermagem. A gente não faz não é nem por falta de disponibilidade destes profissionais, é porque a gente nunca sentou pra dividir isso. É uma questão de organização mesmo”. (Médico 3)

Outra entrevistada afirmou que gostaria de gastar menos tempo renovando “*refeição*” – utiliza este termo fazendo alusão aos medicamentos: - “*Eles trocam comida por remédio, principalmente psicofármacos*”. Ela relatou realizar o processo de desmame de alguns pacientes, mas disse ser muito difícil, uma vez que a população está dependente deles.

Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, cinco dos respondentes consideraram estar sobrecarregados porque a demanda é alta, um indicou ainda que está sobrecarregado também por realizar trabalho de outros profissionais e um afirmou não estar sobrecarregado no trabalho.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todos os médicos afirmaram que realizam consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde. Cinco relataram realizar consulta/discussão de caso com outros médicos, bem como a participação de atividades educativas ou programas de educação permanente e consulta a protocolos clínicos, livros e artigos. Três entrevistados afirmaram utilizar o telessaúde.

- Enfermeiros

Os cinco enfermeiros entrevistados durante o campo eram do sexo feminino e possuíam entre 27 e 39 anos. Todas eram brasileiras, sendo duas naturais de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista e três de municípios localizados em outro estado. Todas residem no município em que trabalham. Com relação à graduação, apenas uma entrevistada graduou no mesmo município pesquisado. Todas as outras graduaram em estados diferentes daquele pesquisado.

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de 9 meses a 10 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de 2 meses a 4 anos. Todas possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo duas estatutárias, duas contratadas temporariamente pela administração pública e uma bolsista de residência. Apenas uma entrevistada declarou trabalhar em outro local, não relacionado à saúde – possui loja própria. Quatro declararam ter títulos de especialistas: uma em Enfermagem do Trabalho; uma em Saúde Pública, Saúde da Família e Educação em Saúde; uma em Gestão em Saúde, mestre em Ciências da Saúde e ainda está cursando a residência em Saúde da Família; e uma em Obstetrícia (**Tabela 22**).

Tabela 22: Perfil dos enfermeiros entrevistados – Campo PEBA – novembro, 2015.

ENFERMEIROS					
Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Juazeiro – BA	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Crato - CE	Campo Alegre de Lourdes - BA	Campo Formoso - BA	Senhor do Bonfim – BA	Orois - CE
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	39	28	28	27	29
Ano de conclusão da graduação	2006	2010	2012	2011	2012
Município/UF de graduação	João Pessoa - PB	João Pessoa - PB	Juazeiro - BA	Petrolina - PE	Juazeiro do Norte - CE
Tempo de atuação na APS	10 anos	05 anos	09 meses	03 anos	02 anos
Tempo de atuação na UBS	04 anos	01 ano	9 meses	02 meses	02 anos
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	Estatutário	Contrato	Bolsista	Estatutário	Contrato

		temporário		temporário	
Possuí título de especialista	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Possui outro trabalho	Não	Não	Não	Não	Sim
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2015					

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista com 34 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em unidades de atenção básica, para que os entrevistados pudessem indicar se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as enfermeiras, de modo geral, realizam o que sabem fazer, na prática. Entre os procedimentos apresentados, o equivalente a 79,4% (n=27) é realizado por pelo menos uma enfermeira na atenção primária.

Todas as entrevistadas afirmaram realizar as seguintes atividades:

- Prescrição de medicamentos que constam na relação da farmácia básica;
- Encaminhamento de usuários a outros serviços;
- Solicitação de exames laboratoriais;
- Interpretação exames laboratoriais;
- Realização de exame de “Papanicolau”;
- Interpretação de exame de “Papanicolau”;
- Prescrição tratamento para vulvovaginite;
- Realização de pré-natal de baixo risco;
- Realização de consulta de puericultura.

Quatro entrevistados afirmaram, ainda, desempenhar os seguintes procedimentos:

- Realizar acolhimento de casos agudos;
- Comunicar diagnóstico aos pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas;
- Interpretar exames de imagem;
- Realizar pré-natal de alto risco;
- Realizar curativos;
- Inserir sonda vesical de alívio.

As seguintes atividades não são realizadas por quaisquer das entrevistadas:

- Realizar sutura;
- Drenagem de abscesso;
- Parto normal;
- Parto normal emergencial;
- Realizar teste tuberculínico;
- Realizar eletrocardiograma;
- Anestesia local

“Prescrever medicamentos controlados”, “interpretar teste tuberculínico”, “inserir sonda nasogástrica” e “inserir sonda nasoentérica” foram citados por apenas uma profissional. Duas afirmaram “prescrever medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas já diagnosticadas” e “realizar imobilizações”. Os demais foram citados por três enfermeiras:

- Renovar a prescrição médica;
- Solicitar exames de imagem;
- Retirar pontos;
- Prescrever curativos;
- Aplicar vacinas;
- Inserir sonda vesical de demora.

Entre os procedimentos que as enfermeiras afirmaram não realizar, mas saber fazer, todas citaram o ‘parto normal’. A realização do teste tuberculínico e a inserção de sonda nasogástrica foram citadas por quatro profissionais.

Entre os procedimentos que as enfermeiras relataram não realizar e não saber realizar, 41,2% (n=14) foram indicados por pelo menos uma das entrevistadas, sendo a “anestesia local” citado por todas as profissionais, seguido de “realizar sutura”, citado por quatro profissionais, “prescrever medicamentos controlados” e “realizar eletrocardiograma”, citados por três profissionais.

A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação. Quanto ao nível de confiança em desempenhar os procedimentos, a maioria afirmou ser alta. “Solicitar exames de imagem”, “realizar parto normal”, “realizar parto normal emergencial” e “realizar eletrocardiograma” foram citados por pelo menos uma das entrevistadas como tendo baixo nível de confiança em desempenhá-los.

Entre os principais motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que as enfermeiras sabem fazer, porém não realizam nas UBS, a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’ foi relatado por quatro entrevistadas. ‘Não existe demanda para a realização destes procedimentos’ foi citado por três profissionais. Outros motivos como ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’, ‘a política da UBS não permite a realização destes procedimentos’, ‘existência de medidas restritivas do conselho de classe’ e ‘sobrecarga de trabalho’ foram identificadas por uma entrevistada.

Duas entrevistadas afirmaram que não realizam trabalhos de outro membro da equipe de saúde. Já as outras três admitiram que o fazem, citando atividades como entrega de medicamentos (com ou sem receituário) e triagem:

“[...] às vezes a gente fica na recepção, às vezes a gente marca consulta, às vezes vou pra farmácia entregar medicamentos. Quando falta técnico a gente faz triagem [...].”(Enfermeira 2)

“Às vezes falta um médico [...] é uma gestante que tá com infecção de urina. Aí tá precisando só da Cefalexina. A gente entrega e, quando o médico vem, faz a receitinha.” (Enfermeira 5)

“Aqui, na verdade, a gente tem que dar uma de médico, de técnico, de psicólogo, de tudo [...]. Às vezes, quando a técnica não tá aí a gente tem que ficar na triagem, fazendo aferição de pressão do pessoal, do peso, avaliação antropométrica sou eu que faço. Se ela tá muito sobrecarregada o teste do pezinho sou eu que faço, triagem pré-natal sou eu que faço. Às vezes é alguma medicação, quando ela tá muito ocupada e eu estou menos, digamos assim [...]. Alguns medicamentos a gente não receita mas, por exemplo, um paciente com dor de cabeça ou uma criança com febre, quando o médico tá muito cheio, você acaba dando um Paracetamol, uma Dipirona. Então os casos mais simples, quando o médico tá cheio, a gente mesmo resolve. Agora, se o paciente continuar com os mesmos sintomas, a gente pede pra voltar”. (Enfermeira 4)

Com relação à percepção das enfermeiras sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, duas afirmaram não estar dispostas a realizar nenhum procedimento médico: - “Se é dele, é dele”. As outras três citaram a prescrição de medicamentos – uma citou sintomáticos, uma não especificou e outra afirmou que prescreveria todos os medicamentos da farmácia básica, exceto antibióticos. Uma das entrevistadas mostrou-se resistente, a princípio, mas depois cedeu e afirmou também estar disposta a prescrever medicamento:

“Tem coisas que um acaba fazendo pelo outro, mas tem coisas que o próprio nome já diz: são privativas. Então eu acho que é papel dele. Da mesma forma tem funções que são privativas do enfermeiro. Então cabe ao enfermeiro fazer. Eu acho que, se é privativo dele, ele que tem que fazer. [...] se fosse autorizado pelo conselho, se eu tivesse experiência e confiança naquilo que eu tivesse fazendo, com certeza eu poderia estar fazendo [mais atividades clínicas], até pra poder desopilar um pouco o médico e ajudar também as pessoas. A medicação, por exemplo [...]. Tem coisas que você sabe que o paciente tá sentindo, você conhece toda a farmacologia daquele medicamento [...] aí poderia estar fazendo, adiantaria muita coisa. Um paciente com vômitos, por exemplo, ou com dor de estômago, você não poderia estar fazendo um Buscopam® ou um Plasil®?” (Enfermeira 4)

A renovação de receitas e a prescrição de sondas de alívio também foram citadas por uma das entrevistadas.

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma avaliou como boa, uma avaliou como nem ruim e nem boa, duas como ruim e uma com muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: pequena quantidade de vagas e alta demanda. Uma enfermeira afirma que a disponibilidade varia de acordo com a especialidade para a qual se encaminha:

“[...] é complicado. A rede materno-infantil, por exemplo, é muito boa. Já a rede de saúde mental, é péssima. Então tem como a gente avaliar por rede? A rede de urgência e emergência também é complicada [...] às vezes a gente encaminha pra UPA, a UPA encaminha de volta”. (Enfermeira 3)

Outra citou ainda que os protocolos municipais dificultam o encaminhamento – “uma endoscopia, por exemplo, poderia ser solicitada pelo médico da UBS, mas o paciente precisa passar pelo gastroenterologista, porque só ele pode pedir”.

Sobre com quais tarefas clínicas as enfermeiras gostariam de gastar menos tempo, quatro afirmaram que o tempo não poderia ser reduzido com nenhuma tarefa clínica, sendo que uma acredita, ainda, que mais tempo deveria ser despendido com diabéticos e hipertensos. Apenas uma entrevistada acredita que poderia ser gasto menos tempo com a demanda espontânea. Uma afirma que se gasta muito tempo com serviços burocráticos:

“O que demora muito é preencher papel. Ainda mais gestante, principalmente primeira consulta. E tem papel que é muito repetitivo. Poderiam diminuir e deixar tudo em uma folhinha só”. (Enfermeira 3)

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, uma afirmou estar sobrecarregada porque trabalha além da carga horária; duas responderam que estão sobrecarregadas porque fazem o trabalho de outros profissionais; quatro consideraram-se sobrecarregadas porque a demanda é alta; e apenas uma afirmou não estar sobrecarregada.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS, todas as enfermeiras afirmaram que realizam consulta/discussão de caso tanto com outros enfermeiros quanto com outros profissionais de saúde, bem como consultam protocolos clínicos, livros e artigos. Quatro entrevistadas afirmaram participar de atividades educativas ou programas de educação permanente, três, utilizar o telessaúde e uma citou, ainda, terapia de integração da equipe, realizada por uma psicóloga na própria unidade.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do enfermeiro para o técnico de enfermagem. Neste caso todas as entrevistadas afirmaram que os técnicos não poderiam renovar prescrição médica, prescrever medicamentos que constam na relação da farmácia básica, interpretar exames laboratoriais, solicitar e interpretar exames de imagem, realizar pré-natal de baixo risco e consulta de puericultura. A solicitação de exames laboratoriais, realização e interpretação de Papanicolau foram citados por quatro enfermeiras como 'Não poderia ser realizada por técnicos'. As únicas atividades em que todas as enfermeiras afirmaram poder ser realizadas por técnico foram a retirada de pontos e a realização de curativos – que já estão autorizadas legalmente para estes profissionais. Ainda assim houve divergência de respostas quando questionadas sob qual supervisão autorizariam (direta, indireta ou sem supervisão). O acolhimento de casos agudos e a realização de imobilizações foram vetados por apenas uma entrevistada.

- Dentistas

Foram entrevistados seis dentistas durante o campo, todas do sexo feminino. A idade variou de 23 e 54 anos, sendo que a maior parte (n=4) tinha entre 30 e 35 anos. Todas eram brasileiras, sendo três naturais do mesmo município onde

foi realizada a pesquisa, duas naturais de municípios do mesmo estado onde foi realizada a entrevista e uma de município localizado em outro estado. Apenas duas não residem no município pesquisado, sendo uma em mesmo estado e uma em estado diferente. Com relação à graduação, nenhuma entrevistada graduou no mesmo município pesquisado. Metade das entrevistadas graduou em estados diferentes do pesquisado (**Tabela 23**).

Tabela 23: Perfil dos dentistas entrevistados – Campo PEBA – novembro, 2015.

DENTISTAS						
Nº de identificação do entrevistado	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE Santa	Cabrobó - PE
Naturalidade/UF	Recife - PE	Canarana - BA	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Maria da Boa Vista - PE	Cabrobó - PE
Município de residência	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Cabrobó - PE	Petrolina - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	54	34	33	30	31	23
Ano de conclusão da graduação	1983	2005	2007	2009	2008	2013
Município/UF de graduação	Recife - PE	Parnaíba - PI	Recife - PE	Feira de Santana - BA	Maceió - AL	Caruaru - PE
Tempo de atuação na APS	11 anos	09 anos	09 anos	07 anos	07 anos	01 ano
Tempo de atuação na UBS	02 anos	02 anos	8 meses	2 anos	03 anos	01 ano
CH total semanal na UBS (horas)	40	40	40	40	40	40
Vínculo de trab. na UBS	Contrato temporário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Contrato temporário	Contrato temporário
Possui título de especialista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Possui outro trabalho	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015

O tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS) variou de um a 11 anos e o tempo de atuação na UBS visitada variou de oito meses a três anos. Todas possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo que metade possuía vínculo como estatutária e a outra metade era contratada temporariamente pela administração pública. Cinco dentistas declararam trabalhar em outro local, sendo três em consultório particular, uma em clínicas fora do município pesquisado e uma como perito de plano de saúde. Cinco declararam ter títulos de especialistas: uma em Saúde da Família; uma em

Endodontia; uma em Saúde da Família e Odontopediatria; uma em Saúde Pública; e uma em Saúde da Família, Prótese e Educação em Saúde.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista de 29 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados em UBS, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do dentista em realizar os procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as dentistas, de modo geral, estão realizando o que sabem fazer, na prática. Entre os procedimentos apresentados 69% (n=20) são realizados por pelo menos uma dentista na atenção primária. São realizados por pelo menos um dentista 'Coroa (prótese fixa e unitária)', 'Extração de dente incluso', 'Radiografia', 'Cirurgia periodontal' e 'moldagem'.

Os seguintes procedimentos são realizados por todos os profissionais entrevistados:

- Anestesia;
- Restauração direta;
- Selante oclusal;
- Raspagem supragengival;
- Restauração atraumática;
- Pulpotomias;
- Atendimento de urgências;
- Aplicação tópica de flúor;
- Extração de dente decíduo;
- Extração de dente permanente;
- Sutura.

Já os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

- Clareamento;
- Próteses removíveis;
- Implante dentário;
- Biópsia;
- Tratamento ortodôntico corretivo;
- Cirurgia periapical;
- Endodontia unirradicular ;
- Endodontia de molares;
- Ortodontia preventiva.

Entre os procedimentos que as dentistas não realizam, mas sabem fazer, todas citaram o 'clareamento'. Além disso, cinco profissionais citaram 'moldagem' e 'radiografia'. Quatro entrevistadas citaram 'prótese removível' e 'endodontia unirradicular'.

Entre os procedimentos que os dentistas não realizam e não sabem realizar 37,9% (n=11), foram indicados por pelo menos uma das entrevistadas, sendo 'implante dentário' e 'tratamento ortodôntico corretivo' os procedimentos com maior número de respostas, citados por cinco profissionais. 'Cirurgia periapical' foi citada por quatro profissionais. Metade das dentistas não sabia realizar 'biópsia', 'endodontia de molares' e 'ortodontia preventiva'.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelas dentistas foi alto. 'Implante dentário', 'biópsia' e 'moldagem' foram os únicos procedimentos indicados por uma das entrevistadas como tendo baixo nível de confiança em desempenhá-los. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

O principal motivo para não realização de procedimentos que as dentistas sabem fazer, porém não realizam nas UBS, é a 'falta de materiais e infraestrutura inadequada', relatada por todas as entrevistadas. 'A política da Unidade de Saúde não permite a realização destes procedimentos' foi citado por metade das profissionais. Duas afirmaram não realizar porque 'Não consta nos protocolos e guias do município'. Uma relatou preferir não realizar 'por motivos pessoais'. Foram citados ainda 'Não ter conhecimento e destreza manual', 'um especialista que faz' e 'falta de motivação salarial'.

Com relação à percepção das dentistas sobre quais atividades e procedimentos, atualmente desempenhados por dentistas especialistas, elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, metade das entrevistadas afirmou que poderiam realizar moldagem. Duas citaram endodontia – sendo que apenas uma especificou que deveria ser somente unirradicular – pulpotomia e prótese total. Radiografia, cirurgia de terceiro molar, raspagem subgengival e drenagem de abscesso foram citadas por uma

dentista. Todas as entrevistadas concordam que essas atividades requereriam material específico e infraestrutura, como afirma uma delas:

“A parte de prótese total, se tivesse material de moldagem e laboratório de prótese [...]. Pulpotomia: eu faço, mas não é toda unidade que faz, porque eu trago a lima pra fazer. Tem a medicação [extra-canal], mas não tem o instrumental. Então, se eu pedir a medicação, vem. Mas não é só prescrever a medicação, tem que ter o instrumental”.

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma dentista avaliou como boa, uma avaliou como nem ruim e nem boa, duas avaliaram como ruim e duas com muito ruim. Os motivos para as avaliações negativas foram: pequena quantidade de vagas, alta demanda e inexistência de centro de especialidades no município, dificultando o encaminhamento. Uma afirmou que a dificuldade é “[...] *principalmente para a endodontia. Para a cirurgia e periodontia é um pouco melhor*”. Outra disse que consegue encaminhamento, “[...] *mas o problema é a demora. Tem casos que demoram um ano*”.

Uma dentista de Cabrobó afirmou que os casos em que há necessidade de especialista são encaminhados para o serviço particular. Alguns, raros, como câncer, são referenciados para o CEO de Petrolina. “*Até porque, em Petrolina, nem os [dentistas] de lá conseguem encaminhar para lá mesmo. Então, ou a gente resolve no particular ou, dependendo, não vai resolver*” (Dentista 6).

Sobre com quais tarefas clínicas as dentistas gostariam de gastar menos tempo, duas afirmam que não desejariam reduzir o tempo com nenhum procedimento, sendo que uma disse que:

“É só a estrutura que não facilita. A gente está fazendo uma restauração, o dente fratura, não tem como radiografar. Aí tem que ir no olho, abrindo, sangrando. Não tem sugador, aí tem que ser na gaze. Aí acaba a gaze! Era melhor ter um CEO que atendesse a todo mundo, do que ter 8 PSF fazendo meio boca” (Dentista 6)

Uma afirmou que se gasta muito tempo com papéis e a informatização ajudaria a otimizar o tempo. Uma entrevistada relatou acreditar que deveria se gastar menos tempo com o trabalho clínico e mais tempo com prevenção. Outra corroborou com essa ideia e afirmou que, se houvesse prevenção, “[...] *evitaria o uso de material e de tempo*”. Afirmou, ainda, que gostaria de gastar menos

tempo com restaurações. Uma disse, por fim, que gostaria de gastar menos tempo com odontopediatria.

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, cinco afirmaram estar sobrecarregadas, porque a demanda é alta, sendo que uma afirmou que também faz o trabalho de outros profissionais. Uma afirmou não estar sobrecarregada e poderia executar mais tarefas clínicas.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina na UBS todas as dentistas afirmaram que participam de atividades educativas ou programas de educação permanente. Cinco relataram realizar consulta/discussão de caso com outros dentistas e consulta a protocolos clínicos, livros e artigos. Quatro afirmaram a realização de consulta/discussão de caso com outros profissionais de saúde. Duas afirmaram utilizar o recurso de telessaúde.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do dentista para o técnico de saúde bucal. Uma das entrevistadas preferiu não responder, uma vez que nunca trabalhou com técnico. As atividades que os entrevistados concordaram que podem ser delegados aos técnicos incluem 'Radiografia', 'Aplicação tópica de flúor' e 'Moldagem'. Entretanto, os seguintes procedimentos não poderiam ser realizados por técnicos:

- Anestesia;
 - Preparo cavitário;
 - Biópsia;
 - Coroa (prótese fixa unitária);
 - Raspagem subgengival;
 - Pulpotomias;
 - Atendimento de urgências;
 - Esvaziamento de canal (pulpar);
 - Endodontia unirradicular;
 - Endodontia de molares;
 - Extração de dente decíduo;
 - Extração de dente permanente;
 - Diagnóstico pulpar;
 - Ortodontia preventiva.
-
- Fisioterapeutas

Apenas duas fisioterapeutas foram entrevistadas em campo, ambas do sexo feminino. Uma possuía 24 anos de idade e a outra, 38. As duas residiam no município em que foi realizada a pesquisa, sendo que uma delas é natural da mesma cidade; a outra é natural de outro estado. Com relação à graduação, nenhuma graduou no mesmo município em que nasceu ou no município pesquisado.

O tempo de atuação na APS foi de oito e 11 meses e o tempo de atuação no estabelecimento visitado de dois e 11 meses. Ambas possuem contrato temporário com a administração pública, sendo que uma realiza 30 horas de trabalho semanal e a outra, 40 horas. Nenhuma delas declarou trabalhar em outro local.

Foi disponibilizada para as profissionais uma lista de 30 procedimentos clínicos que variaram entre procedimentos comuns e menos comuns de serem realizados na atenção primária para que as entrevistadas indicassem se realizavam ou não tais procedimentos nas UBS e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional desempenhar esses procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que as fisioterapeutas estão executando o que sabem fazer, de modo geral, na prática. Entre os procedimentos apresentados 33,3% (n=10) não foram indicados por nenhuma das profissionais como sendo realizados no NASF/UBS. Desses procedimentos apenas 'reeducar o assoalho pélvico' e 'acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses' foram relatados por ambas as profissionais como 'não faço, mas sei fazer'; 'tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças' e 'orientar usuários que apresentam DPOC ao manejo dos sintomas' foram citados por uma entrevistada.

Os seguintes procedimentos são realizados por ambas as profissionais, nas UBS:

- Tratar paciente com dor lombar;

- Tratar pacientes com dor crônica;
- Tratar doenças neurológicas já instaladas e suas consequências neuromotoras, respiratórias e trato-ortopédicas;
- Realizar práticas de cinesioterapia;
- Identificar doenças ocupacionais (respiratória crônica e LER);
- Identificar/tratar atrasos nos marcos do desenvolvimento infantil;
- Orientar os cuidadores de pacientes que apresentam déficit motor e/ou funcional;
- Orientar pais ou cuidadores quanto aos marcos do desenvolvimento infantil;
- Orientar quanto à prevenção de doenças osteomioarticulares relacionadas ao trabalho (DORT);
- Realizar referência e contrarreferência de pacientes.

Os entrevistados não relataram realizar quaisquer das atividades abaixo:

- Tratar doenças respiratórias, endócrino-metabólicas e deformidades posturais em crianças;
- Realizar acupuntura;
- Realizar terapias manuais e manipulativas (osteopatia e quiropraxia);
- Reeducar o assoalho pélvico;
- Acompanhar a adaptação e treinar o paciente para utilização funcional de órteses e próteses;
- Prevenir e tratar aderências, dores pélvicas, disfunções sexuais e incontinências urinária e fecal decorrentes do parto;
- Prevenir e tratar alterações posturais e músculo-esqueléticas, características do “estirão do crescimento”;
- Desenvolver programas de exercícios terapêuticos e condicionamento cardiorrespiratório;
- Orientar os usuários que apresentam DPOC quanto ao manejo dos sintomas;
- Orientar os usuários que apresentam cardiopatias quanto ao manejo dos sintomas.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelas fisioterapeutas foi alto e a principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

O principal motivo identificado nas entrevistas para a não realização de procedimentos que as fisioterapeutas sabem fazer, porém não realizam nas UBS, foi a ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’, citado por ambas as profissionais. Uma delas afirma ainda que existem outros programas no município, que não diz respeito ao NASF, que realizam alguns dos procedimentos.

As entrevistadas afirmaram que não realizam atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde. Com relação à percepção das fisioterapeutas sobre quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos elas estariam dispostas a realizar na atenção primária em saúde, uma entrevistada não respondeu; a outra afirma que faria diagnóstico e solicitaria exames autorizados pelo seu conselho profissional. No entanto, as clínicas ainda não reconhecem seu carimbo para autorizar os procedimentos:

“Já foi liberado da gente prescrever exames – raios-X, ultrassom e outros mais – mas as clínicas não aceitam. Já recusaram um pedido meu de fazer raio-X. Então você tem que ir ao médico para fazer. [...] Já é liberado, porém eles não têm esse conhecimento.” (Fisioterapeuta 1)

A mesma profissional conta que, após esta situação, não ordenou mais exames:

“Já me chegou um paciente com diagnóstico de disfunção patelar. Eu achei estranhos os sinais e sintomas da paciente e pedi pra ela retornar ao médico pra pedir um exame: era lesão de menisco. Completamente diferente o tratamento de um e de outro. [...] Eu poderia solicitar o exame, mas como eu já tive um pedido recusado, eu pedi que ela voltasse ao médico” (Fisioterapeuta 1)

Uma das profissionais acredita que dores articulares, lombalgia, cervicalgia e tendinopatias poderiam ser conduzidas por fisioterapeutas, sem que houvesse avaliação prévia de um médico. Essa mesma entrevistada afirma que a tensão muscular, a lombociatalgia e a cervicalgia poderiam ser atendidas por profissionais dessa categoria, tendo apenas a avaliação de um generalista, sem que houvesse necessidade do paciente ser atendido por um ortopedista. A outra entrevistada conta que costuma não realizar atendimento sem que haja um diagnóstico do médico clínico geral: “[...] *é uma forma de eu me prevenir de um possível problema*”. Ambas acreditam que fisioterapeutas poderiam indicar órtese, sem avaliação prévia de um ortopedista. Uma delas afirma, inclusive, que já indicou.

Ao serem questionadas sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, uma declara ser boa e a outra preferiu não comentar, pois não existe especialista no município em que trabalha.

Ao serem questionadas sobre a situação de trabalho atual, uma não se considera sobrecarregada no trabalho. Já a outra afirmou estar sobrecarregada porque a demanda é alta e também por realizar trabalho de outros profissionais – ainda que tenha negado a realização do trabalho de outros profissionais, em resposta anterior.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, nenhuma opção foi assinalada pelas entrevistadas. O recurso telessaúde não é utilizado por nenhuma delas. Uma profissional citou Opinião/discussão de caso com outros fisioterapeutas, com outros profissionais de saúde, consulta a protocolos clínicos, livros e artigos, bem como participação em atividades educativas ou programas de educação permanente.

- Farmacêuticos

No campo foram entrevistados dois farmacêuticos, um do sexo masculino e uma do sexo feminino. Um possuía 29 e o outro, 33 anos de idade. Ambos residiam no município em que foi realizada a pesquisa, sendo que um deles é natural da mesma cidade; o outro é natural de município do mesmo estado. Com relação à graduação, nenhum graduou no mesmo município em que nasceu ou no município pesquisado.

O tempo de atuação na APS foi de oito meses para um e de seis anos para outro. Um possuía contrato temporário com a administração pública, sendo a carga horária semanal de 30 horas. O outro, bolsista da residência em Saúde da Família da UNIVASF, possuía carga horária de 40 horas semanais. Um dos entrevistados declarou trabalhar em drogaria do mesmo município.

Foi disponibilizada aos profissionais uma lista contendo 47 procedimentos clínicos e não clínicos da atenção primária, para que os entrevistados indicassem se realizavam ou não tais atividades nos estabelecimentos visitados e, em caso negativo, se sabiam ou não realizá-los. Foi perguntado também qual o nível de confiança do profissional ao desempenhar esses procedimentos e qual a principal forma de aprendizado.

Os resultados indicam que os farmacêuticos estão executando o que sabem fazer, de modo geral, na prática, pois a maioria dos procedimentos não realizados foi indicada como 'não sei fazer' pelos entrevistados. Foi observada divergência entre as atividades desempenhadas pelos profissionais, sendo que 34% (n=16) dos procedimentos eram realizados por ambos os profissionais e 36% (n=17) não eram realizados por nenhum deles no NASF/UBS.

O profissional que era bolsista de programa de residência relatou desempenhar atividades voltadas para a clínica e assistência, como atenção farmacêutica, visita domiciliar e busca ativa de pacientes descompensados. Isso se deve ao fato de que no município em que atua a dispensação de medicamentos foi centralizada em duas localidades, e na UBS em que a entrevista ocorreu não há disponibilidade de medicamentos básicos, apenas medicamentos para tratamento de hanseníase, tuberculose e alguns anticoncepcionais: *“Aqui em Juazeiro tem uma peculiaridade: as farmácias não são localizadas na UBS, eles centralizaram em duas unidades, que é a Farmácia da Família [...] Mas são em bairros muito distantes (Flaviano e Alagadiço), e fica muito ruim pra ter o acesso”*. O mesmo já não ocorre em Petrolina, local de atuação do outro profissional.

Os seguintes procedimentos são realizados por ambos os profissionais:

- Distribuir medicamentos;
- Dispensar medicamentos alopáticos;
- Prescrever medicamentos isentos de prescrição médica;
- Consulta farmacêutica;
- Acompanhamento farmacoterapêutico;
- Realizar visitas domiciliares;
- Aferir glicemia capilar;
- Aferir pressão arterial;
- Aferir temperatura;
- Orientar pacientes quanto ao acesso aos medicamentos básicos, estratégicos e de alto custo;
- Promover ações de uso racional de medicamentos para pacientes e/ou profissionais de saúde;
- Participar de grupos de promoção à saúde;
- Realizar acolhimento;
- Controlar a validade de medicamentos da UBS;
- Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos;
- Realizar interconsultas.

Os seguintes procedimentos não são realizados por nenhum dos entrevistados:

- Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde;
- Qualificar fornecedores;
- Notificar à ANVISA queixas técnicas;
- Dispensar medicamentos homeopáticos;
- Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica a pacientes sem diagnosticados por médico;
- Prescrever medicamentos que exigem prescrição médica a pacientes com diagnosticados por médico;
- Solicitar exames laboratoriais;
- Solicitar exames de imagem;
- Interpretar exames de imagem;
- Executar procedimentos de inalação e nebulização;
- Realizar punção venosa;
- Realizar punção arterial;
- Perfurar lóbulo auricular;
- Realizar curativo de pequeno porte;
- Realizar acupuntura;
- Montagem de processo administrativo de alto custo;
- Triagem e cadastro de pacientes em sistemas de informação.

Desses, apenas ‘assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde’ e ‘notificar à ANVISA queixas técnicas’ foram relatados por ambos os profissionais como ‘não realizo, mas sei fazer’.

O nível de confiança em desempenhar a maioria dos procedimentos indicados pelos farmacêuticos foi alto (n=39) e médio (n=33). Nenhum entrevistado afirmou ter baixa confiança em desempenhar alguma atividade. A principal forma de aprendizado dos procedimentos foi na graduação.

Os motivos identificados nas entrevistas para a não realização de procedimentos que os farmacêuticos sabem fazer, porém não realizam nas UBS, foram: ‘falta de materiais e infraestrutura inadequada’, ‘não consta nos protocolos e guias clínicos do município’, a ‘política da unidade de saúde não permite a realização destes procedimentos’, ‘existência de medidas restritivas do conselho de classe’ e a ‘sobrecarga de trabalho’. Todos foram assinalados por um entrevistado.

Apenas um dos entrevistados afirmou realizar atividades que são de responsabilidade de outros membros da equipe de saúde, como fazer escuta ativa – tarefa principalmente do psicólogo – triagem e orientação aos pacientes, bem como administra medicamentos – tarefas do técnico de enfermagem.

Com relação às quais atividades e procedimentos atualmente desempenhados por médicos eles estariam dispostos a realizar na atenção primária em saúde, os dois farmacêuticos citaram a prescrição de medicamentos, principalmente de uso contínuo. Um deles afirma que “[...] *existem muitos erros de receitas e, na maioria das vezes, os pacientes já chegam com o medicamento para o médico prescrever*”.

Ao serem questionados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços especializados, um declarou ser boa, mas afirmou que, na maioria das vezes, não existe referência e contrarreferência e que há demora na marcação, tanto para exames, quanto para consultas. O outro afirmou ser ruim, justificando que as demandas nem sempre são atendidas, e que há interrupção do tratamento e falta orientação para o paciente.

Os farmacêuticos afirmaram não querer gastar menos tempo com nenhuma tarefa clínica. Ao serem questionados sobre a situação de trabalho atual, nenhum entrevistado declarou estar sobrecarregado, sendo que um afirmou poder executar mais tarefas clínicas.

Com relação aos recursos de apoio utilizados na sua rotina de trabalho, ambos responderam que discutem casos com outros profissionais de saúde e participam de atividades educativas ou programas de educação permanente.

A última sessão do questionário abordava a delegação de tarefas do farmacêutico para os técnicos em farmácia. Da lista de 24 procedimentos, apenas ‘elaborar lista de medicamentos’ e ‘montagem de processo administrativo de medicamento de alto custo’ foram citadas por ambos os profissionais como ‘Não poderia ser realizada por técnicos’. As atividades ‘assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde’, ‘notificar à ANVISA queixas técnicas’, ‘distribuir

medicamentos' e 'administrar medicamentos injetáveis' foram vetadas por um dos entrevistados, independente da supervisão.

O equivalente a 75% (n=18) dos procedimentos seria autorizado pelos dois profissionais de nível superior para serem executados pelos seus técnicos, divergindo apenas quanto ao tipo de supervisão em que estariam condicionados

- Psicólogo

Durante o campo foi realizada apenas uma entrevista com psicólogo. Esta teve como objetivo principal avaliar o questionário de escopo de prática para essa categoria profissional e propor mudanças, a fim de aperfeiçoar as perguntas e melhorar seu entendimento.

A psicóloga entrevistada tinha 26 anos de idade, é natural do mesmo município onde foi realizada a entrevista, graduada no mesmo estado e especialista em Saúde Mental. Atuava há três anos na atenção primária e no NASF do município em que foi realizada a entrevista. Possuía vínculo de estatutária com carga horária de 40 horas semanais e não possuía outro trabalho.

Entre as 31 atividades e procedimentos disponibilizados no questionário de psicólogos, a mesma indicou realizar 77% (n=24) na unidade em que atua. Entre os procedimentos que sabe fazer, mas não os realiza no NASF, encontraram-se atividades como:

- Atendimento à população em situação de rua
- Acompanhamento e notificação dos casos de todos os tipos de violência
- Atuação junto aos conselhos tutelares
- Supervisão de outros profissionais

O principal motivo apontando para a não realização destes procedimentos foi a sobrecarga de trabalho.

A entrevistada indicou como procedimentos/atividades que não realiza e que também não sabe realizar a:

- Prescrição de medicamentos psicotrópicos
- Prescrição de medicamentos homeopáticos
- Prescrição de medicamentos fitoterápicos

- Orientar indivíduo quanto ao uso adequado de psicofármacos.

Entre as atividades que realizava na unidade, a entrevistada indicou alto nível de confiança em desempenhá-los, com exceção de 'consulta compartilhada com outros profissionais de saúde', 'diagnosticar uma doença, síndrome ou condição de saúde mental', 'construção de projeto terapêutico singular' e 'construção de projeto de saúde para a comunidade', na qual indicou nível de confiança médio. As principais formas de aprendizado dos procedimentos que realiza no NASF foram a graduação e cursos de aperfeiçoamento.

A entrevistada afirmou que não realiza atividades de outros membros da equipe na unidade em que atua e não considera que poderia realizar alguma atividade privativa do médico da atenção primária. Avaliou como boa a disponibilidade de encaminhamento dos pacientes para serviços especializados.

Sobre sua atual condição de trabalho, considerou-se sobrecarregada porque a demanda é alta e gostaria de gastar menos tempo com “preenchimento de papelada”. No seu trabalho, relatou a utilização de recursos como: discussão de casos com outros profissionais de saúde, consulta a protocolos clínicos, livros e artigos e participação em atividades educativas e/ou programas de educação permanente.

- Gestores

Foram entrevistados cinco gestores de UBS, todas do sexo feminino, com idade entre 25 e 52 anos. Quatro tinham como formação a enfermagem e uma, a administração. O tempo de atuação das entrevistadas na APS variou de oito meses a dois anos e, como gestoras da UBS, de seis meses a dois anos (**Tabela 24**).

Tabela 24: Perfil dos gestores de UBS entrevistados – Campo PEBA – novembro, 2015.

GESTORES					
Nº de identificação do entrevistado*	1	2	3	4	5
Município da entrevista /UF	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Petrolina - PE	Juazeiro - BA	Cabrobó - PE
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	52	27	25	34	29
Tempo de atuação na APS	1 ano	1 ano	2 anos	8 meses	2 anos
Tempo de atuação na UBS	1 ano	6 meses	7 meses	7 meses	2 anos
Tempo de atuação como gestor da UBS	1 ano	6 meses	7 meses	7 meses	2 anos
Formação	Administração	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem

*o nº de identificação será utilizado durante a apresentação dos resultados para identificar o respondente.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015

Uma série de afirmativas sobre a ampliação das atividades clínicas dos profissionais de saúde da atenção primária foram apresentadas às entrevistadas para que avaliassem a intensidade em que concordavam ou discordavam de cada afirmativa. A seguir serão apresentados os resultados de cada afirmativa. As opções de resposta nesta seção foram agrupadas em concordo (concordo e concordo totalmente) e discordo (discordo e discordo totalmente).

Quatro das entrevistadas concordaram que ‘a atenção primária seria mais eficiente se os profissionais de saúde ampliassem suas atividades clínicas’. De acordo com uma delas “*os profissionais já são capazes de fazer várias coisas*” (Gestor 1). Já para gestora que discordou, a eficiência da atenção primária não depende do profissional, mas sim das condições de trabalho (Gestor 4). Todas as gestoras concordaram de que ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessária uma qualificação específica’.

Ao serem questionadas se ‘algumas atividades executadas por médicos em centro de especialidades poderiam ser realizadas por médicos da atenção básica na UBS’, três concordaram, citando como exemplos procedimentos da dermatologia, endocrinologia e ortopedia (Gestor 4), colocação de DIU, realização de eletrocardiograma (Gestor 5) e urgências básicas como queimaduras leves (Gestor 3). Já entre as duas que discordaram, uma alegou a falta de infraestrutura para realização de serviços especializados na UBS

“não adianta aplicar as atividades se não tem estrutura suficiente” (Gestor 1), e a outra porque *“tira o foco do médico clínico da atenção básica”* (Gestor 2).

Ao serem questionadas se ‘a expansão das atividades de médicos da atenção primária poderia compensar a escassez de médicos especialistas’, novamente três concordaram e duas discordaram. Entre as gestoras que discordaram dessa afirmativa, uma explica que isso *“iria sobrecarregar demais os clínicos, pois a demanda para atenção básica já é muito alta”* (Gestor 4), a segunda seguiu a mesma linha, afirmando que o médico *“já não dá conta da clínica médica na UBS, se ampliar para especialidades é que não dá conta mesmo”* (Gestor 2).

Quatro das entrevistadas concordaram que ‘algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados’. Já a única gestora que discordou, afirmou que *“cada um tem que ficar no seu quadrado, cada um faz as suas funções, as suas obrigações”* (Gestor 2). Uma das que concordou, fez a ressalva de que para isso teria também que aumentar o número de enfermeiras, pois aumentaria muito o serviço (Gestor 4). Se “a expansão das atividades de enfermeiros poderia compensar a escassez de médicos”, novamente quatro concordaram e uma discordou, com a alegação de que também não existem enfermeiros suficientes e que cada um já tem sua função (Gestor 4). Já uma das que concordou, citou como exemplo a renovação de receita, no entanto com a ressalva de que seria complicado, pois o enfermeiro não é valorizado:

“[...] você retirar muita coisa que é para o médico fazer, mesmo que o enfermeiro já faça muita coisa (...), com média de salário de R\$2.000 para 40 horas, é muito complicado. A gente acaba ficando muito desestimulado no decorrer do tempo. Principalmente para quem já está a mais tempo na atenção básica, 5 ou 6 anos, não vê reconhecimento nenhum” (Gestor 3)

Também foi perguntado às entrevistadas se ‘algumas atividades executadas por dentistas em centros de especialidades odontológicas, poderiam ser realizadas por dentistas na atenção primária’. Três concordaram com esta afirmativa, citando como exemplos a realização de canal, a colocação de aparelho e a extração, e uma não concordou e nem discordou, *“o dentista é bem separado da equipe, eu não sei nem direito o que ele faz”* (Gestor 2).

Com relação à delegação de tarefas, se ‘é responsabilidade do profissional de nível superior definir quais tarefas podem ser delegadas para os técnicos’, quatro gestoras concordaram e uma discordou. Já se ‘a delegação de tarefas entre profissionais de nível superior e técnicos deve respeitar os limites estabelecidos por Lei’, as cinco entrevistadas concordaram.

As cinco gestoras concordaram que ‘cada município deveria ter autonomia para definir protocolos específicos de atividades clínicas dos profissionais de saúde na atenção básica’. Sobre se ‘os conselhos profissionais devem ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde’, três concordaram, uma nem concordou e nem discordou e uma discordou, justificando que *“eles não estão nem aí para nós, eles não conhecem a realidade da gente aqui, então eu não acho que eles deveriam definir”* (Gestor 5). Já se ‘o Ministério da Saúde deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos profissionais de saúde’, uma concordou, duas nem concordaram e nem discordaram e duas discordaram, justificando que quem *“vivencia a realidade é o profissional”* (Gestor 4)

“Eles nem sabem o que acontece aqui para definir. Por exemplo, não tem o médico, o enfermeiro sabe que é para fazer aquela medicação, aí se vem a fiscalização e vê que você fez sem a prescrição médica, aí eles vão tirar a sua carteirinha de trabalho, porque não era para ser feito” (Gestor 5).

Já se ‘para ampliar as atividades clínicas dos profissionais da atenção primária é necessário mudar a Lei de exercício de cada profissão’, apenas uma discordou, pois de acordo com a mesma, a Lei deve ser mantida:

“porque cada um tem a sua função. Eu não vou atuar no exercício de médico (..) o que tem que ampliar é a mão de obra de cada área e não ampliar o serviço para cada profissional”. (Gestor 4)

Foi solicitado aos gestores que citassem alguns casos clínicos da cardiologia, da oftalmologia e da ortopedia que poderiam ser tratados por médicos nas UBS. Observou-se, entre algumas das entrevistadas, certa dificuldade em responder a essa questão, por não conhecer todas as atividades dessas especialidades médicas.

Na cardiologia foram citados principalmente o acompanhamento de casos de hipertensão e a solicitação de exames, como eletrocardiograma. Uma das entrevistadas informou que o médico da UBS não pode solicitar alguns exames, o que dificulta muito o acompanhamento dos casos. Já houve casos

em que a secretária de saúde não liberou a realização de exame solicitado pelo médico da UBS, pois teria que ser solicitado por um cardiologista (Gestor 5).

Com relação aos casos da oftalmologia, observou-se de uma maneira em geral que as gestoras consideram que as UBS não possuem estrutura para realizar procedimentos mais especializados e que os básicos já são realizados. *“O básico eles já fazem, não sei se deveriam fazer procedimentos mais especializados, pois não sei se são capacitados para isto”* (Gestor 4). Uma das gestoras, no entanto, considerou que alguns exames poderiam ser solicitados pelos médicos da UBS antes de encaminhar para o especialista *“até para saber se ele esta tendo alguma alteração que dever ser encaminhada ou que ele mesmo possa tratar”*. (Gestor 5)

Já em relação aos ortopedistas, foi citado dores nas costas e dores na coluna. Uma das gestoras informou que o encaminhamento para ortopedistas é um problema sério, pois todos os casos relacionados à ortopedia são encaminhados, e a unidade só possui 24 vagas para essa especialidade (Gestor 3).

Foi solicitado, também, às gestoras, que indicassem quais casos clínicos, frequentemente encaminhados para outras especialidades, poderiam ser resolvidos nas UBS. Foram citados casos de ginecologia (exames, colposcopia), casos de ortopedia (ex. dores) e casos de endocrinologia (hipertensão, diabetes). Sobre o motivo desses casos não serem resolvidos nas UBS, foram citadas a falta de estrutura, recursos materiais e falta de conhecimento teórico e prático do profissional, gerando insegurança em realizar os procedimentos mais especializados.

Com relação às vantagens da expansão das atividades de médicos, enfermeiros e dentistas para a gestão da UBS, foram citadas o aumento da resolutividade, diminuição do número de encaminhamentos e do tempo de espera e melhoria do atendimento à população. *“Tem muita gente que não tem condições de fazer tratamento de dentista particular, então ia ajudar bastante”* (Gestor 5). Já com relação às desvantagens, foi citada a sobrecarga de trabalho para os profissionais. Uma das gestoras citou como desvantagem que

“não haveria um respeito à hierarquia e ao cumprimento das funções de cada categoria profissional” (Gestor 2).

4.5 CONSTRUÇÃO DE UMA REDE COLABORATIVA PARA PRODUÇÃO DE SUBSÍDIOS PARA FORMAÇÃO E ALOCAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL - ORTOPEDISTAS E OFTALMOLOGISTAS

4.5.1 Perfil dos entrevistados

A maioria dos entrevistados era do sexo masculino e com idade entre 30 e 47 anos. Todos os entrevistados residem em Petrolina (PE). Apenas um oftalmologista e um ortopedista são naturais de Pernambuco.

O ano de graduação em medicina variou entre 1993 e 2009. Com relação ao local de graduação, apenas dois formaram no mesmo município de nascimento, dois formaram em municípios diferentes, mas no mesmo estado e os outros dois em estados diferentes.

O tempo de atuação nas especialidades pesquisadas variou entre 1 a 18 anos, sendo o maior tempo de atuação do professor universitário. Apenas este entrevistado possuía título de outra especialidade (Medicina do Trabalho), sendo que ele e outra oftalmologista possuíam subespecialidade de córnea. Quatro dos entrevistados possuíam também alguma experiência prévia na Atenção Primária em Saúde (APS). As entrevistas foram realizadas nas cidades de Juazeiro, Petrolina e Casa Nova.

Com relação ao vínculo de trabalho no estabelecimento onde foi feita a entrevista, apenas quatro informaram durante a entrevista, sendo dois Autônomos – Pessoa Jurídica, um Autônomo – Pessoa Física e um possui Contrato temporário com a Administração Pública.

Para todos os seis profissionais entrevistados houve discordância entre o número de vínculos e a carga horária (CH) semanal declarados durante as entrevistas e estes mesmos dados registrados no CNES (**Tabela 26**).

Tabela 26: Perfil dos oftalmologistas e ortopedistas entrevistados – Campo PEBA, novembro 2015

Nº de identificação do entrevistado	OFTALMOLOGISTAS			ORTOPEDISTAS		
	1	2	3	4	5	6
Município da entrevista /UF	Juazeiro/B A	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Casa Nova/BA	Petrolina/P E	Juazeiro/BA
Naturalidade/UF	São Paulo/SP	Araripina/P E	Fortaleza/C E	Recife/PE	Juazeiro do Norte/CE	Valença/BA
Município de residência	Petrolina/P E	Petrolina/PE	Petrolina/PE	Petrolina/P E	Petrolina/P E	Petrolina/PE
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	M
Idade	39	44	32	35	30	47
Ano de conclusão da graduação	2004	1993	2008	2009	2009	1996
Município/UF de graduação	Curitiba/PR	Recife/PE	Campina Grande/PB	Recife/PE	Juazeiro do Norte/CE	Salvador/B A
Tempo de atuação na especialidade (anos)	8	18	2	2	1	11
Possui outra especialidade	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na APS	4	0	2	0,5	2,5	0
Vínculo de trab. no estab. onde foi realizada a entrevista	Autônomo – PF	-	Autônomo – PJ	-	Contrato temporário	Autônomo – PJ
Nº de vínculos declarados	2	1	2	3	4	2
Nº de vínculo no CNES	4	4	2	5	4	2
CH total semanal declarada (horas)	40	-	54	32	66	40 a 80
CH total semanal CNES (horas)	42	54	28	64	73	34

Fonte: EPSM 2015 e CNES, junho de 2015

4.5.2 Análise das entrevistas - Oftalmologistas

Para os oftalmologistas 1 e 2, os casos clínicos e agravos de saúde mais frequentes em suas práticas clínica são as queixas de refração com prescrição de óculos. O entrevistado 1 citou ainda – com menor importância – glaucoma, catarata e pterígio. Este afirma ser o único oftalmologista em Petrolina que atende urgências, pois, segundo ele, o município está sem este serviço, no momento. Em geral a demanda é de um paciente com urgência oftalmológica por dia.

O procedimento que realizam com maior frequência, após triagem de acuidade visual com prescrição de óculos, é a triagem/avaliação de catarata, citada por ambos os entrevistados. Foi citada ainda a triagem de glaucoma.

Com relação à origem dos pacientes do SUS, atendidos pelos especialistas nas unidades pesquisadas, a maioria é proveniente do próprio município e de regiões vizinhas. Alguns, porém, viajam distâncias maiores, chegando a

percorrer 400 quilômetros para receberem atendimento, uma vez que os especialistas, nestas regiões, estão apenas no setor privado. Os pacientes são atendidos pelo SUS por meio de consultas eletivas, agendada por uma central reguladora.

Nenhum dos entrevistados participa de mutirões de atendimento na região ou faz atendimento em outros municípios. O médico 3 afirma que existe um automóvel do município de Petrolina que viaja para algumas cidades, fazendo este serviço, mas ele não está envolvido no processo.

É interessante observar que durante a realização do campo, estava ocorrendo em Juazeiro um mutirão para procedimentos específicos da oftalmologia (como cirurgia de catarata). No entanto um dos especialistas entrevistados (1), que atua pelo SUS no município, queixou-se de não ter sido envolvido na organização ou no próprio mutirão. O mesmo inclusive relata:

[...] Os pacientes que vão para o mutirão, vão precisar de um pós-operatório, aí eles mandam para mim. Então eu não fico sabendo de nada, de qual procedimento ia ser feito, mas agora eu vou ser responsável pelo pós-operatório [...].

Os pacientes que necessitam de acompanhamento prolongado são atendidos pelos próprios entrevistados – ou por outros oftalmologistas que atuam no local – mesmo que tenham dificuldade para marcar o retorno.

Entre os casos clínicos mais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, além dos já citados anteriormente, um entrevistado afirma que queixas de cefaleia são frequentemente encaminhadas sem triagem prévia.

Porém, ao serem questionados sobre os casos da oftalmologia que poderiam ser resolvidos na UBS, ambos afirmam inicialmente não ter nada possível, pois requerem aparelhagem específica. A oftalmologista 3 afirma que:

[...] A maioria das doenças oftalmológicas dá olho vermelho [...]. O diagnóstico diferencial só pode ser feito com aparelho específico. Se existe essa intenção, tem que se montar uma estrutura para isso [...].

A oftalmologista 1 corrobora com esta afirmação:

[...] Da *oftalmo* é mais difícil, pois precisa de aparelho. O glaucoma precisa olhar o fundo do olho, precisa medir a pressão. Realmente isto não pode ser feito na unidade básica [...].

Além disso, segundo os oftalmologistas 1 e 3, a UBS não tem acesso à tecnologia adequada. Todos os entrevistados acreditam que o médico da UBS não é capacitado para atender esta especialidade.

Esta argumentação contrasta com o discurso do oftalmologista 2, docente da UNIVASF. Ele afirma que nesta universidade a oftalmologia é ensinada em um módulo de cinco semanas, e que o hospital de ensino está em processo de implantação, sem residência de oftalmologia. Entretanto, ele cita que na disciplina de promoção à saúde ocular:

[...] tenta ensinar que eles consigam fazer o diagnóstico e condução de coisas sem o uso das ferramentas da oftalmologia. Eu até brinco, apresento a eles uma lanterna, dois ou três colírios, uma lupa, e uma outra lanterninha com celofane azul que, com isso, talvez, com réguas, eles consigam fazer a identificação de muitas patologias, apenas pela inspeção [...]

Segundo a entrevistada 1, o médico da UBS nem sempre realiza uma triagem prévia, acreditando que toda queixa deve ser encaminhada à sua especialidade:

[...] dor no joelho: oftalmo; sangramento no nariz: oftalmo. Então o médico não fez nenhuma avaliação antes. Quer se livrar, manda para o oftalmo [...].

[...] Sintomas clássicos de enxaqueca, como dor de cabeça pulsátil, ânsia de vômito, que piora com a claridade, que a pessoa quer ficar deitada. Não precisa ser um oftalmo para saber que isto é enxaqueca. Então trata primeiro e, se não melhorar, começa a investigar outra causa. Eles partem do pressuposto que esta consulta é de graça e não custa nada para o paciente. Mas ela custa, custa para todo mundo [...].

Segundo o mesmo médico, faltam procedimentos de regulação. *“Existem guias que não têm a queixa do paciente ou mesmo o nome do profissional que solicitou. Mas, de alguma forma, o paciente consegue ser encaminhado a um oftalmologista”* (Oftalmologista 1).

A triagem de acuidade visual nas escolas foi citada como um procedimento que poderia auxiliar na diminuição dos encaminhamentos desnecessários:

As professoras fazem as triagens dos alunos para fazer óculos, aí todos falam que querem usar. Aí quando vêm [...] da triagem da escola, vêm todos. Então tem que melhorar a triagem, a educação dessas crianças (Oftalmologista 1).

Para o oftalmologista 3, autorizar a solicitação de exames oftalmológicos por médicos da UBS aumentaria a quantidade de exames desnecessários. Ele

afirma que todo exame deve ser solicitado de acordo com uma suspeita diagnóstica e o médico da atenção primária não tem a “visão global da oftalmologia” para tal.

Os oftalmologistas, de forma geral, não gostariam de gastar menos tempo com tarefas clínicas.

O que dificulta mais é o nível de instrução do paciente, de compreender o que você fala [...]. Eu precisava de mais tempo para isto e não para o procedimento. (Oftalmologista 1).

Considerando a relação entre o oftalmologista e o optometrista, o entrevistado 2 ressalta o problema de formação desses profissionais, argumentando que:

[...] a optometria aqui [no Brasil], na realidade, são técnicos de ótica que fazem dois anos de tecnologia e faz mais um ano de optometria e querem, na realidade, dar vazão ao mercado. Só! A formação desses caras é *furada*, o optometrista americano tem cinco anos de formação, o europeu também tem uma formação maior. Então, assim, se essa escola de optometria encarasse as coisas com seriedade, ela ganharia respeito [...]

Além disso, ele cita que os optometristas atendem nas periferias, visitando sítios e prescrevendo óculos com uma frequência que não se faz necessária. “Isso *fere* a necessidade, é um comércio”.

O mesmo entrevistado relata que muitos pacientes consultam com optometristas por um apelo econômico:

[...] Eu tenho um consultório aqui e um em outra cidade. Na outra cidade eu sistematicamente recebo dois ou três pacientes por semana dizendo que foi consultado por um médico no sítio. [...] Aí eu pergunto: - A senhora tem quantos anos? - Ela diz: 60. - A senhora já viu um médico procurar a senhora em sítio? - Não, nunca vi, mas apareceram lá oferecendo consulta de graça [...]. Aí eu digo - Olha, me reflita uma coisa, quem é a culpada nessa história? - Ela disse - É, fui eu mesma. [...].

4.5.3 Análise das entrevistas - Ortopedistas

O caso clínico mais frequente na prática clínica dos ortopedistas entrevistados é, em primeiro lugar, a lombalgia. Dois ortopedistas citaram, ainda, os traumas, decorrentes principalmente de acidentes de motocicleta (5 e 6), a osteoartrose e as lesões de ombro (4 e 5). Os casos citados por apenas um ortopedista

foram lesões de menisco (entrevistado 5), fibromialgia e doenças ocupacionais (entrevistado 6). Sobre os traumas um ortopedista relatou que:

[...] Aqui é uma região que tem muita motocicleta e é uma coisa bem interessante, que você não vê em grandes centros. [...] É assustador o número de acidentes. Em primeiro lugar é o acidente de moto, cada vez mais graves. Não é só no centro urbano, o agricultor usa muita moto, substitui o cavalo pela moto. Outra coisa é o hábito de beber. Mistura álcool e moto [...]. (Entrevistado 6)

Entre os procedimentos realizados com maior frequência estão a redução e imobilização de fraturas, a sutura e as cirurgias eletivas. O tratamento de dores osteomusculares – incluindo infiltrações articulares – também é comum na prática desta especialidade.

Os pacientes são atendidos pelo SUS por meio de consultas eletivas, agendadas por uma central reguladora. Estes são provenientes do próprio município, de municípios vizinhos e de outros, bem afastados, mas da mesma região. O especialista 6, que foi entrevistado no hospital referência em ortopedia, afirma que também atende à demanda espontânea, mas em menor quantidade, e pacientes que possuem plano de saúde ou em caráter “particular”. “O problema é que não dá conta, ainda, da demanda espontânea dos pacientes da região de Petrolina e Juazeiro”. Para um dos entrevistados:

[...] A ortopedia só funciona bem em grandes centros [...] Para você manter um ortopedista numa cidade menor teria que ser montada toda uma estrutura que, às vezes, não vale a pena para o município. O ortopedista é muito prático. É diferente de pegar um clínico e mantê-lo numa cidade dessas, [onde] ele resolve muitas coisas. O ortopedista precisa de outras coisas [...] de tecnologia, de uma equipe, e por aí vai. Então é difícil [...]. (Entrevistado 6).

O encaminhamento dos pacientes que necessitam de tecnologia mais avançada depende do local onde são atendidos e da regional de referência de cada município. O entrevistado 5, que atua na AME Policlínica de Petrolina, encaminha estes casos para Recife. Já o entrevistado 4, encaminha os pacientes de Casa Nova para Juazeiro nos casos relacionados à parte de trauma que não precisam de tecnologia avançada. Cirurgias eletivas (patologia joelho/quadril/ombro) e casos mais complexos são encaminhados para Salvador – pois não existe anesthesiologista nem convênio com o hospital do município de Juazeiro para resolver. Em contraste, o especialista 6, do hospital

especializado em Juazeiro, afirma ser ali o final do tratamento. “Chegou aqui não tem mais para onde mandar. Tem que resolver!”

O acompanhamento prolongado daqueles pacientes que têm essa demanda é feito pelos próprios entrevistados – ou por outros ortopedistas que atuam no local. Porém, todos afirmam que o retorno pode demorar até anos. Em casos cirúrgicos o próprio profissional que operou deve fazer o acompanhamento.

O ortopedista 6 atua em hospital e afirma que, quando dá alta hospitalar a um paciente pós-operatório, faz contrarreferência à UBS – com relatório e recomendações. No entanto, não funciona.

[...] O clínico morre de medo do paciente ortopédico [...] Eu pedi para montar um grupo [...] Vou ensinar para eles que fratura não dá medo, que pode pegar, não morde, não vai matar. O pessoal tem medo até de trocar o curativo. O paciente volta para cá e fala: “Ah, o pessoal lá falou que não podia mexer porque era cirurgia ortopédica”. Isto não é um caso isolado, isto é a maioria [...].

Entre os casos clínicos mais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), novamente aparecem principalmente as lombalgias. Também foram mencionados casos de lesão de manguito e menisco (entrevistado 5), neuropatia diabética – e pacientes diabéticos, em geral – e casos de tuberculose osteoarticular (entrevistado 6).

Este ortopedista ressaltou que 90% dos problemas encaminhados poderiam ser resolvidos nas UBS's, citando que muitos casos são encaminhados por falta de conhecimento dos profissionais da atenção primária, como evidenciado nos trechos abaixo:

[...] Olha os casos que já peguei. [...] Já peguei tuberculose osteoarticular. Paciente que nem sabia que tinha tuberculose. [...] Já peguei leucose em criança, que foi encaminhado como “dor nas juntas”. Eu tenho provas. Dor nas costas, dor lombar: vai par o ortopedista. Era tumor de útero [...].

[...] não tem noção o quanto o paciente sofre, aí quando você vai ver é uma vozinha com uma artralgia por neuropatia diabética e o clínico não sabe que a diabete causa neuropatia e que ela vai sentir dor na perninha dela. O clínico encaminha muito diabético. [...] o médico que vai para o programa de saúde da família é o médico ou que está em fim de carreira, ou acabou de formar e vai lá só para ganhar dinheiro e para fazer residência. Este é o perfil do profissional de saúde da família. É fim de carreira, ou acabou de formar e não tem a menor vontade de estar ali. (Entrevistado 6)

Os entrevistados evidenciaram que a investigação preliminar na UBS é insuficiente. Enquanto um (entrevistado 6) relatou que não há investigação preliminar na UBS, nem ao menos para solicitar radiografia, o entrevistado 4 citou que cerca de metade dos casos que ele recebe foram previamente triados. Entretanto cita “Estou aqui há sete meses e tenho a impressão de que eles [médicos da UBS] apenas querem se livrar do paciente”.

O entrevistado 6 tem a mesma opinião. Ele afirmou ter recebido uma criança encaminhada da UBS com relato de que estava mancando:

[...] Aí eu disse: “Espere aí, mãe! Mas ela tem uma perninha maior que a outra”. E ela me respondeu: “Doutor, mas a médica não esperou eu dizer que ela tinha uma perna maior que a outra. Não foi por isso que levei ela lá [...] Mas agora que eu estou aqui, o que você pode fazer com essa perna dela?” [...] Foi um dos casos mais engraçados que eu já atendi até hoje. Eu ri muito e a mãe do menino ria, também, muito [...]

A opinião dos ortopedistas sobre os casos que poderiam ser resolvidos da APS varia. O entrevistado 5 acredita que alguns casos de lombalgia poderiam ser resolvidos na UBS, mas o fato de o médico generalista não poder solicitar o exame de ressonância magnética dificulta este tratamento. Já para o entrevistado 4, o que falta é uma comunicação adequada entre a APS e os especialistas, e cita que “Na minha faculdade, onde eu me formei [em Recife] a gente fazia muito isso”, o que poderia auxiliar a melhorar esta comunicação. Já o entrevistado 6 acredita que todos os casos atendidos na APS deveriam ser, no mínimo iniciados:

[...] Na verdade todos davam para pelo menos iniciar. Ou então, o que eu acho que é o correto, é encaminhar para o especialista, pois às vezes o cara não tem uma segurança, digamos assim, para tratar. Mas pelo menos levantar as hipóteses ele teria obrigação de fazer [...].

Dentre os fatores citados como barreiras para a resolução destes casos na UBS foram citados a ausência de materiais – como talas, órteses e anestesia; infraestrutura inadequada; falta de acesso à tecnologia adequada – como à exames de imagem; e falta de capacitação do médico da UBS.

Quanto à atuação do fisioterapeuta todos os ortopedistas afirmaram que estes profissionais não deveriam conduzir casos clínicos sem avaliação prévia de um

clínico geral, nem poderiam indicar órteses, sem avaliação prévia de um ortopedista.

Dois ortopedistas acreditam que alguns casos poderiam ser conduzidos após a avaliação do clínico geral, como dor muscular sem lesão, lombalgia, patologias de ombro (Entrevistados 4 e 5). Segundo o ortopedista 4, se o clínico for experiente pode iniciar um tratamento conservador junto ao fisioterapeuta e, caso não tenha resultado, encaminha ao especialista. Já o entrevistado 6 acredita que o clínico não deve indicar pacientes para o fisioterapeuta e afirmou que “[...] é isto que a minha experiência tem me mostrado. Eu já peguei caso de resultados ruins e quando você vai ver não foi o especialista que indicou e que orientou [...]”. Além disso, ele se mostrou contra a ampliação do escopo de prática dos fisioterapeutas e demais profissionais da equipe de saúde, como evidenciado no trecho abaixo:

[...] Sou totalmente, 100%, a favor do ato médico. A única coisa que eu quero é que seja institucionalizado a minha profissão, que é a mais antiga de todas, tirando prostituição. Cada macaco no seu galho, cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual, cada qual se respeitando, cada qual se valorizando. O fisioterapeuta deve seguir o que o profissional médico indicar, bem como o enfermeiro e a equipe. Deve funcionar assim como uma equipe, cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual. Com as coisas muito bem estabelecidas, senão não dá certo. Eu acho *besteira*, um *vacilo* muito grande, os profissionais ficarem se degradando por isso e por aquilo, ou atirando pedra no médico. Eu acho uma perda de tempo desnecessária. Cada um no seu cada um, cada qual no seu cada qual, cada qual se respeitando para as coisas funcionarem bem [...]. (Entrevistado 6).

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a atenção primária em saúde, partir da realização do campo-piloto em Barretos, conseguiu-se reavaliar o instrumento aplicado a médicos, enfermeiros e dentistas, sugerindo mudanças discretas, que foram aplicadas durante este campo. Não foram realizadas entrevistas com usuários, pois o questionário ainda estava em processo de reformulação quando o campo foi realizado.

No presente campo foram incluídos também os questionários de fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos que atuam na APS. O questionário de nutrição também não havia sido elaborado, até então. A partir da aplicação

deste foram propostas adaptações para se cumprir os objetivos do estudo. Para cada profissão avaliada incluiu-se uma situação de ampliação de escopo de prática observada em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos. A partir desta situação, os profissionais foram questionados se estariam dispostos a realizar as mesmas atividades aqui no Brasil e sob quais circunstâncias.

Os gestores e profissionais da atenção primária em saúde, quando abordados, foram receptivos e, em sua maioria, demonstraram interesse em contribuir com a pesquisa. A equipe sentiu uma maior resistência das médicas cubanas entrevistadas no município de Cabrobó, sendo que uma não autorizou a gravação da entrevista.

No geral, foi possível observar que, nos municípios visitados em Pernambuco (Petrolina e Cabrobó) a atenção básica está mais bem estruturada, tanto no que se refere à questão física dos locais quanto na composição das equipes e encaminhamentos para serviços especializados. Muitos casos mais complexos acabam sendo encaminhados para Petrolina. Apesar da melhor estrutura das unidades de Petrolina, não foi observado escopos ampliados para os profissionais nesta cidade quando comparado, qualitativamente, às demais.

Algumas diferenças puderam ser observadas quanto à atuação dos profissionais nos diferentes municípios. Entre farmacêuticos esta divergência foi devido, principalmente, a dois fatores: à forma de organização da assistência farmacêutica, cuja dispensação era centralizada em Juazeiro, e ao vínculo de trabalho, o qual em Juazeiro a entrevistada era bolsista de residência.

Com relação ao escopo de prática dos profissionais, os procedimentos avaliados por meio dos questionários são realizados, de maneira geral, nas UBS visitadas. Esses são aprendidos, na maior parte das vezes, na graduação, e o profissional possui confiança alta em desempenhá-los. Aqueles que não são realizados, mas que os profissionais sabem fazer, em geral não são realizados por falta de materiais e infraestrutura inadequada, exceto para o psicólogo, que afirmou ser exclusivamente por sobrecarga de trabalho.

Os gestores concordaram com várias das afirmativas que dizem respeito à expansão das atividades clínicas dos profissionais da atenção básica em saúde, porém ressaltaram as condições de trabalho como fator relevante para a eficiência da APS e para a ampliação de escopo, bem como a necessidade de treinamento adequado e ampliação da equipe para não sobrecarregar os profissionais.

Foram identificadas oportunidades para a expansão do escopo de prática para todas as categorias de profissionais entrevistadas, exceto psicólogo, pressupondo material adequado para sua realização. Entre os médicos, destacam-se a realização de pequenas cirurgias, as suturas, a imobilização e solicitação de exames (ex.: ecocardiograma e endoscopia digestiva alta). Já entre enfermeiros e farmacêuticos, a prescrição de medicamentos foi destaque, sendo que os enfermeiros também citaram a renovação de receitas médicas. Esta última foi, inclusive, citada pelos médicos como uma tarefa com a qual gostariam de gastar menos tempo. Com relação à fisioterapia, foram citadas atividades como indicação de órtese, realizar diagnóstico e solicitar determinados exames. Entre os dentistas, destaca-se a realização de moldagem, radiografia, prótese removível e endodontia unirradicular; tanto moldagem quanto radiografia foram mencionadas como atividades passíveis de delegação para técnicos em saúde bucal. Além disso, as entrevistadas destacaram a necessidade de expandir as atividades de prevenção.

Quanto à disponibilidade de encaminhamento para médicos especialistas, grande parte dos profissionais de saúde entrevistados em UBS avaliou o sistema de encaminhamento como muito ruim ou ruim. Os seguintes motivos foram citados para as avaliações negativas: demanda elevada e poucas vagas disponíveis para consultas, culminando em tempo de espera também elevado, protocolos municipais restritos quanto à disponibilidade de solicitar exames especializados. Especificamente em Cabrobó foram citadas a falta de acesso a exames no próprio município e a inexistência de centro de especialidades odontológicas no município, dificultando o encaminhamento. Por isso, um dos profissionais afirmou que encaminha para o serviço particular. Outro citou,

ainda, que o sistema de encaminhamento poderia ser melhorado por meio da vinculação a programas como o telessaúde.

Com relação às especialidades médicas verificou-se que o instrumento deveria ser mais objetivo e sucinto. Foi, portanto, aperfeiçoado com foco no indivíduo entrevistado e não em seu local de trabalho.

Uma das dificuldades encontradas em campo foi o acesso da equipe aos especialistas pré-selecionados, influenciado pela discrepância entre os dados informados pelos profissionais – locais de trabalho e carga horária – e os dados registrados no CNES.

Além disto, observou-se uma resistência de alguns profissionais em receber os pesquisadores, tanto pelo elevado número de pacientes na fila de espera, quanto por motivos pessoais. O tempo de espera do pesquisador para realização das entrevistas foi elevado, o que contribuiu, também, para o reduzido número de entrevistas em relação ao planejado.

De maneira geral, a visão dos entrevistados é de que os médicos da atenção primária não estão capacitados, nem contam com infraestrutura e equipamentos adequados para realizar atendimentos relacionados às duas especialidades pesquisadas.

Em contrapartida, o quantitativo de especialistas ainda é insuficiente para suprir a demanda da população – tanto regional quanto local. Existe, desta forma, uma crítica constante – percebida nos discursos destes profissionais – quanto aos processos de regulação de encaminhamentos realizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.7 APRESENTAÇÃO

O objetivo do campo foi aplicar questionários previamente elaborados pela equipe de pesquisa da Estação de Trabalho do IMS/UERJ, cujas questões

relacionam-se com a Dimensão Recursos Humanos, com foco na formação profissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos.

Este relatório apresenta a análise descritiva das entrevistas efetivadas na Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA), no período de 16 a 20 de novembro de 2015.

Ressalta-se que a análise exploratória, a discussão e o confronto dos dados de diferentes regiões de saúde serão objetos de um relatório mais detalhado.

4.8 CENÁRIO DA PESQUISA

O campo de estudo foi a Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA), especificamente as Macrorregiões de Saúde de Petrolina/PE e de Juazeiro/BA, as quais são conformadas pelos municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista; e, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá, nesta ordem.

A rede PEBA conforma uma experiência pioneira no Brasil e tem como principal objetivo a implantação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde, na qual integram-se 53 municípios, com uma população de aproximadamente 1,8 milhões de habitantes.

Este relatório, se encarrega de apresentar informações acerca da estruturação do ensino de graduação em saúde na região PEBA, porém, o campo da pesquisa foi efetivado especificamente no município de Petrolina, por ser este o único a apresentar cursos de graduação em saúde objetos de estudo desta pesquisa.

▪ **Petrolina**

O município de Petrolina se localiza no interior do estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil, possui extensão territorial de 4.561,872 km², e população estimada para 2014, pelo IBGE, de 326.017 habitantes. Integra a Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina e

Juazeiro (RIDE), da qual fazem parte mais sete municípios localizados no Vale do São Francisco, que juntos englobam 700 mil habitantes.

O município de Petrolina possui dez hospitais, sendo seis de cunho geral, dois especializados e dois hospital-dia; 28 Unidades Básicas de Saúde; 79 equipes de saúde da família, que cobre 87% da população; 44 equipes de saúde bucal; e 10 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CNES, 2015).

Neste município há duas instituições de ensino que ofertam cursos de graduação em saúde, as quais foram estudadas nesta pesquisa, conforme **Quadro 03**.

Quadro 03: Caracterização dos cursos de graduação em saúde do município de Pernambuco/PE. Brasil, 2015

Instituição de Ensino	Natureza jurídica	Curso	Período de funcionamento	Vagas
Universidade de Pernambuco - UPE	Pública	Enfermagem	Integral	40
		Fisioterapia	Integral	40
		Nutrição	Integral	50
Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF	Pública	Enfermagem	Integral	40
		Medicina	Integral	80
		Psicologia	Integral	90
		Farmácia	Integral	85

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ/SIGRAS. Regulação das profissões em saúde. Brasil, 2015

4.9 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E SUJEITOS

Foram elaborados sete questionários, um para cada curso de graduação em saúde alvo desta pesquisa, direcionados aos coordenadores de cursos, com 54 questões cada, à exceção do questionário de medicina que possui 56 questões, subdivididas em seis blocos. Neste campo foram aplicados os questionários de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e farmácia.

Foram entrevistados seis coordenadores de cursos, cujas entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados entre os dias 16 e 20 de novembro de 2015. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas descritivamente.

4.9.1 Perfil dos respondentes

Dos seis respondentes, quatro eram homens; a média de idade foi de 39 anos; todos os coordenadores se formaram na área de cujo curso estão vinculados; com exceção de dois entrevistados, todos possuem como maior nível de formação o doutorado; e atuam na função, em média, 1,1 anos (**Quadro 04**).

Quadro 04: Perfil dos entrevistados no município de Petrolina.

Curso	Sexo	Idade	Formação	Titulação	Função na Instituição	Tempo de atuação na função
Farmácia	M	34 anos	Farmacêutico	Doutorado	Coordenador de curso	15 dias
Enfermagem	F	34 anos	Enfermeira	Mestrado	Coordenador de curso	1 ano e meio
Enfermagem	F	50 anos	Enfermeira	Doutorado	Coordenador de curso	3 meses
Nutrição	M	28 anos	Nutricionista	Mestrado*	Coordenador de curso	1 ano e três meses
Fisioterapia	M	40 anos	Fisioterapeuta	Doutorado	Coordenador de curso	1 ano e meio
Medicina	M	48 anos	Médico	Doutorado	Coordenador do Curso	2 anos

Fonte: Elaboração dos autores.

4.9.2 Caracterização das instituições de ensino e dos cursos

O **Quadro 05** apresenta a situação de cadastro das instituições e cursos estudados, segundo consta no e-MEC e ano de início da primeira turma do curso, conforme informado pelos entrevistados.

Quadro 05: Ano de autorização, início de funcionamento e reconhecimento dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Situação de cadastro MEC	Universidade de Pernambuco			Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco		
	Nutrição	Fisioterapia	Enfermagem	Farmácia	Enfermagem	Medicina
Credenciamento da instituição	1960	1960	1960	2002	2002	2002
Autorização do curso	2010	2006	2002	2008	2003	2003
Reconhecimento do curso	NA	2011	2011	2014	2011	NA
Início de funcionamento	2010	2006	2006	2009	2004	2004
Primeira turma	2010	2006	2006	2009	2004	2004

Fonte: Sistema e-MEC, 2015. Dados da entrevista, 2015

NA: Não se aplica. Cursos ainda não reconhecidos.

- **Universidade de Pernambuco (UPE)**

O campus Petrolina da Universidade de Pernambuco (UPE) foi inaugurado em 1968 com o nome de Faculdade de Formação de Professores de Petrolina (FFPP), com o objetivo de formar professores em Letras, Ciências e Estudos Sociais; sua administração era municipal, mas os alunos pagavam uma taxa mensal para custear o estudo. Em 1971 foi incorporada à Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP); e só no início da década de 1990 passou para a administração estadual, vinculando-se a UPE, já existente em Recife. A partir de então o estado de Pernambuco iniciou um processo de financiamento que, num primeiro momento, consistia apenas no pagamento da folha dos profissionais, assim, os alunos ainda pagavam a taxa para estudar. Posteriormente, em 2009, o estado assumiu o valor da taxa estudantil, o qual é repassado para as unidades de ensino.

Foi em 2006 que os dois primeiros cursos de saúde passaram a funcionar no Campus Petrolina da UPE: enfermagem e fisioterapia. Em 2010 mais um curso de saúde foi iniciado, o de nutrição. Além destes cursos, o Campus Petrolina ainda oferta o curso de ciências biológicas, geografia, história, letras (inglês), Letras (português), matemática e pedagogia.

- **UNIVASF**

A Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) foi criada em 2002, com sede no município de Petrolina, porém com inserção regional mediante atuação multicampi no Polo Petrolina/PE e Juazeiro/BA. Trata-se da única universidade das últimas décadas a ser criada com missão de desenvolvimento regional. Ela possui campus nas cidades de Petrolina/PE, Juazeiro/BA, Senhor do Bonfim/BA, Paulo Afonso/BA e São Raimundo Nonato/PI. Em fase inicial, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) ficou responsável pelos processos pedagógicos e administrativos de implantação da UNIVASF. Nesse período foram desenhados os projetos políticos pedagógicos dos cursos. Em 2004, os cursos passaram a funcionar, entre eles, o de enfermagem e de medicina.

Atualmente, a universidade oferta vagas para dez cursos de graduação no município de Petrolina, divididos em dois campi: Campus Petrolina Centro, com os cursos de Enfermagem, Medicina, Farmácia, Psicologia, Educação Física e Administração; e Campus Ciências Agrárias, com os cursos de Ciências Biológicas, Engenharia Agrônoma, Medicina Veterinária e Zootecnia.

Quadro 06: Número de vagas ofertadas, taxa de preenchimento de vagas, mensalidade e tipo de processo seletivo dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Informações	Universidade de Pernambuco			Universidade Federal do Vale do São Francisco		
	Nutrição	Fisioterapia	Enfermagem	Farmácia	Enfermagem	Medicina
Vagas anuais	50	40	40	80	40	80
Preenchimento	80%	95%	95%	100%	100%	100%
Processo seletivo	Vestibular anual (60% das vagas) e Sistema Seriado Anual - SSA (40% das vagas); a partir de 2016: ENEM e SSA			ENEM - duas entradas	ENEM - única entrada	ENEM - duas entradas

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Como se observa no **Quadro 06**, apenas os cursos de medicina e farmácia da UNIVASF ofertam vagas semestrais (n=40, cada). O método de ingresso na UPE até 2015 foi baseado no vestibular tradicional, o qual ofertava 60% das vagas, e no Sistema Seriado Anual para os 40% das vagas restantes – este método consiste na realização de provas em três fases anuais para alunos da rede estadual de Pernambuco. Para a entrada nos cursos da UPE, a partir de 2016, passou a vigorar o ENEM, mas manteve-se, ainda, o SSA. A UNIVASF adota o ENEM para todos os cursos da instituição.

A despeito do alto percentual de preenchimento das vagas ofertadas pelos cursos, todos os coordenadores chamaram atenção para a evasão estudantil, fato menos recorrente no curso de medicina. Por este motivo, as universidades lançam mão de remanejamentos sucessivos para preenchimento das vagas. Em se tratando do curso de enfermagem e farmácia da UNIVASF, a evasão é mais pronunciada a partir do 3º período. Este fato pode ser explicado pelo

sistema de remanejamento interno realizado na instituição, que permite que alunos matriculados e com bom desempenho acadêmico, a partir do 3º período, possam migrar de curso quando há oportunidade de vaga. Nesse processo, muitos alunos migram para o curso de medicina. Tal cenário, nos leva a inferir que cursos como enfermagem e farmácia não constituem a primeira opção de escolha para muitos.

De maneira semelhante, muitos alunos do curso de enfermagem da UPE migram para outras instituições para cursarem medicina. Outro fator pontuado pelos coordenadores para a alta taxa de evasão estudantil durante o curso, que, por vezes, chega a 60%, caso da enfermagem da UNIVASF, por exemplo, é a migração de alunos para outra instituição mais próxima da residência, no mesmo curso ou curso distinto.

“Porque têm muitos alunos que de fato querem medicina. Então boa parte faz aqui e de repente passa em medicina. Não necessariamente enfermagem é a primeira escolha”

Em se tratando do perfil dos alunos, cerca de 90% são oriundos da macrorregião interestadual PEBA; os outros 10% são originários de diversos estados vizinhos, especialmente Piauí dada a proximidade geográfica. Os alunos de medicina da UNIVASF são provenientes, grande parte, da região nordeste, aproximadamente 90%, mas de diversos estados, ultrapassando as fronteiras do PEBA; há ainda um pequeno percentual que é originário de outras regiões do Brasil, com destaque para o estado de São Paulo, na região Sudeste.

Com relação aos docentes, a maior parte é nordestina, especialmente Pernambuco e Bahia. Chama atenção o curso de fisioterapia, que tem parte significativa do seu quadro docente composto por profissionais da região Sudeste, especificamente dos estados de São Paulo e Minas Gerais.

À despeito da origem dos docentes, ficou claro na fala dos entrevistados que a potencialização do ensino na região, especialmente em decorrência da implantação da UNIVASF, fixou profissionais da macrorregião PEBA e atraiu

muitos que estavam residindo em outros estados do Nordeste e de outras regiões do país.

“Todos nós que somos do Nordeste, moramos pelo menos uns 10 anos fora antes de voltar para o nordeste. Então o atrativo para cá foi a universidade. Se não fosse a universidade, grande parte não teria voltado, pelo menos não para o interior.”

O número de docentes em cada curso é variável, com menor quantidade no curso de nutrição e maior no curso de medicina, conforme Quadro 5. Observa-se que a maior parte dos docentes possui mestrado ou doutorado. Cabe ressaltar que grande parte dos especialistas e mestres dos cursos, estão fazendo mestrado e doutorado, respectivamente.

Quadro 07. Distribuição docente segundo grau de titulação máxima dos cursos de graduação em saúde dos municípios de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Informações	Universidade de Pernambuco			Universidade Federal do Vale do São Francisco		
	Nutrição	Fisioterapia	Enfermagem	Farmácia	Enfermagem	Medicina
Especialistas	0	1	8	0	4	23
Mestres	5	7	11	6	20	20
Doutores	7	12	4	24	9	12
Total	12	20	23	30	33	55

Fonte: Dados da entrevista, 2015

Todos os cursos estudados possuem em seu quadro docente profissionais de outras categorias que desenvolvem atividades no ciclo básico: nutrição, três profissionais; enfermagem UPE, sete; fisioterapia, oito; medicina, quatro; farmácia, 13; e o curso de enfermagem da UNIVASF, quatro.

Em se tratando do regime de contratação, na UPE todos são estatutários, à exceção de professores convidados e contratados por curto período, com carga horária de 40 horas, com possibilidade de dedicação exclusiva (não obrigatória). No UNIVASF, todos são estatutários, com dedicação exclusiva, exceto para o curso de medicina, cujas cargas horárias praticadas são de 20 horas ou 40 horas para os médicos; e de 40 horas com dedicação exclusiva para os não médicos. Os salários, portanto, obedecem aos valores pagos pelo governo estadual e federal, respectivamente, com diferenciação pela titulação.

Todos os médicos do curso de medicina atuam também na assistência, cuja inserção se dá na rede pública (100%) e privada.

4.9.3 Estrutura curricular do curso

Dos cursos analisados, os coordenadores de enfermagem e de medicina referiram que o curso tem por maior enfoque a atenção básica. Segundo os coordenadores dos cursos de fisioterapia e farmácia, o enfoque desses cursos é para o mercado comercial de medicamentos e para as práticas

hospitalocêntricas, nesta ordem. O curso de nutrição, segundo o coordenador, é plural, com enfoque efetivamente generalista.

“A questão da atenção básica ela está muito no cerne da enfermagem. Ela surge e tem essa questão histórica muito forte. E a fisioterapia não. A fisioterapia, embora tenha algumas atividades no eixo estruturante e colabore com todas características, tem ainda, culturalmente, um foco na atenção hospitalar. Numa forma de trabalho hospitalizada, hospitalocêntrica. Mudar isso bem difícil, não impossível. [...] Mas muito das vezes o próprio fisioterapeuta não se vê dentro desta realidade.”

Em se tratando dos projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos, todos foram atualizados recentemente e estão, portanto, em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, segundo os informantes. A elaboração se deu pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE) e, no caso da UNIVASF, com consultoria e apoio da UFES, já que era a instituição responsável pela implementação da universidade na época de sua criação (**Quadro 08**).

Quadro 08: Informações relativas à criação dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Curso	Ano de elaboração do primeiro PPP	Participaram da elaboração	Última atualização
Universidade de Pernambuco			
Enfermagem	2006	Núcleo docente estruturante	2011
Fisioterapia	2006		2014
Nutrição	2010		2014
Universidade Federal do Vale do São Francisco			
Enfermagem	2004	Núcleo docente estruturante, com consultoria da Universidade do Espírito Santo	2013
Farmácia	2004		2012
Medicina	2004		2014

Fonte: Dados da entrevista, 2015

A atenção básica está contemplada nos PPP de todos os cursos, segundo os entrevistados, mas, na prática, dificuldades se impõem e acabam por limitar a entrada nos alunos nos campos de atenção básica, especialmente os dos cursos de fisioterapia e farmácia. As dificuldades vão desde o próprio

reconhecimento das unidades quanto a inserção desses profissionais na atenção básica e até a resistência dos docentes e alunos de se enxergarem nesses espaços.

No que se refere às abordagens metodológicas, as aulas expositivas são utilizadas por todos os cursos; as metodologias ativas, apesar de serem estimuladas e estarem contempladas no PPP dos cursos da UNIVASF, ainda são limitadas em decorrência da resistência e despreparo dos docentes.

A abordagem da atenção básica se dá em diversos períodos a depender do curso; no caso da enfermagem e medicina da UNIVASF, como se trata de uma matriz curricular modular, os conteúdos da atenção básica são diluídos em todos os períodos, com inserção do aluno no campo prático desde o primeiro ano.

O caso a se destacar é o da fisioterapia do UPE, que está em processo de reformulação da matriz. Na prática, os alunos têm apenas uma disciplina de saúde coletiva de cunho teórico, e o estágio de 100 horas na atenção básica (Quadro 8). O novo modelo proposto apresenta um módulo denominado Vivências em Saúde que permeará os primeiros períodos, em todas as disciplinas, e que objetiva abordar a inserção do fisioterapeuta na atenção primária, e inserir os alunos mais precocemente no campo prático. E para o nono e décimo período, o módulo Saúde e Comunidade, de cunho exclusivamente prático na atenção básica. Ainda está em fase de discussão e planejamento.

Os cenários de prática se mostraram bastante diversificados, sobressaltando a estruturação da rede de saúde local que é bem acessível à entrada de alunos (**Quadro 09**).

Todos os cursos da UPE se estruturam por disciplinas; a UNIVASF, em sua concepção aderiu a divisão do curso por módulos com conteúdo transversais, mas a estruturação se mostrou complicada, e os cursos fizeram suas adaptações na prática. O curso de enfermagem se mostrou mais determinado a insistir no modelo, mas sofre com a resistência e a rotatividade de alguns professores em áreas relacionadas ao ciclo básico. A farmácia opera no

modelo de divisão por disciplinas; e a medicina, em módulos ou disciplinas por sistemas do corpo humano, como afirma o coordenador:

“Na verdade, isso (de integração modular) ocorreu nos primeiros anos, quando a UFES implantou, mas só que isso é bom e acontece quando você tem todos os seus docentes em dedicação exclusiva. Por exemplo, você combinar de dar anatomia do coração, histologia do coração, fisiologia do coração, isso não dá certo se não tiver DE, justamente pela carga horária. Se não for DE, PBL não funciona. Não funciona mesmo. E até 2007 os docentes eram todos médicos e não tinha interatividade entre os outros profissionais. Aí entrei na coordenação e sugeri: vamos contratar não médicos para ensinar essas disciplinas que conhecemos como básicas. O que a gente conseguiu foi ter conteúdos que se repetem ao longo da formação, mas não tem um calendário único unindo as disciplinas, justamente por essa dificuldade de carga horária dos docentes.”

Quadro 09: Estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE, com relação à abordagem da Atenção Básica. Brasil, 2015

Abordagem da Atenção Básica	Universidade de Pernambuco			Fundação Universidade do Vale do São Francisco		
	Enfermagem	Nutrição	Fisioterapia	Enfermagem	Medicina	Farmácia
Metodologias de ensino	Aulas expositivas e práticas	Aulas expositivas e práticas, vídeos e seminários	Aulas expositivas e práticas	Metodologias ativas, aulas expositivas e práticas	Metodologias ativas e aulas expositivas	Aulas expositivas e campos de prática
Período de abordagem	2º, 4º - 9º período	1º, 3º, 7º - 9º	4º	Todos os períodos	Todos os períodos	1º, 2º e 4º
Carga horária	320h - teóricas	180h - teóricas	60h - teóricas	-	NSI	355h - teórico-práticas
	640h - práticas	300h - práticas	100h - práticas			
Disciplinas	Saúde Coletiva I, II, III; Bioestatística; Epidemiologia I e II; Saúde, ambiente e qualidade de vida; Estágio curricular I; diversas outras disciplinas que abordam conteúdos gerais e de saúde coletiva	Introdução à Nutrição; Introdução à Saúde Coletiva; Nutrição em Saúde Coletiva I e II; Estágio supervisionado em nutrição e saúde pública	Saúde Coletiva; Estágio	Todos os módulos	Estudo Saúde I e II, Saúde e Comunidade; inserção em quase todos os módulos	Farmácia Social, Introdução à Farmácia, Deontologia farmacêutica; práticas farmacêuticas; Assistência farmacêutica
Cenários de ensino-aprendizagem	UBS, CAPS, Secretaria de Saúde; hospitais; ESF; escolas, creches, asilos	Hospitais; escolas, CAPS, residência terapêutica; UPA	Hospitais, clínicas particulares, UBS, empresas	Hospitais, UBS, USF, SAMU, UPA, ESF, policlínica, CAPS, residências terapêuticas; escolas	Hospitais, UBS, USF, SAMU, UPA, ESF, policlínica, CAPS, residências terapêuticas; escolas	Hospitais, farmácias comerciais e comunitária, indústrias,
Estrutura do Curso	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por disciplinas	Divisão por módulos com conteúdos transversais	Módulos e disciplinas por sistemas do corpo humano (na prática); no PPP consta integração modular com conteúdos transversais	Divisão por disciplinas (na prática); no PPP consta integração modular com conteúdos transversais

Fonte: Dados da entrevista, 2015

4.9.4 Perfil do egresso

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados apontou como objetivo a formação de profissional reflexivo e generalista. O curso de medicina apontou como um dos objetivos, a formação para atuação na atenção básica, contudo cabe destacar que tal curso ainda não possui egressos. O Quadro 10 traz síntese quanto ao perfil dos egressos referidos pelos entrevistados.

Quadro 10. Perfil dos egressos dos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE. Brasil, 2015

Curso	Perfil do aluno
Medicina	"Médico generalista. Com aptidão para trabalhar no SUS nos três níveis de atenção."
Farmácia	"Perfil muito técnico. E ainda mais depois que teve essa questão das diretrizes curriculares com a formação do farmacêutico generalista. É um profissional com três perfis totalmente diferentes: alimentos, farmácia e análises clínicas."
Enfermagem UNIVASF	"Sai preparado para atuar na atenção básica, com estímulo a fazer pesquisa e sai preparado para atuar no âmbito hospitalar. Mas não saiem muito preparados para atuar em psiquiatria."
Fisioterapia	"É um generalista, com uma visão panorâmica das possibilidades da fisioterapia. Quando digo panorâmica, não quero dizer que seja especial, mas ela é ampla, de todas as áreas que a fisioterapia pode atuar."
Nutrição	"Generalista e pronto para trabalhar nas diversas áreas."
Enfermagem UPE	"Enfermeiros aptos a trabalhar na atenção básica de saúde, nos vários projetos que o Ministério tem oferecido, dentro deste cenário da atenção básica. Mas voltado também para a atenção hospitalar, nas redes de urgência e emergência da região."

Fonte: Dados da entrevista, 2015

No que se refere ao conteúdo abordado durante o curso para preparar os alunos para desenvolvimento de ações específicas, os coordenadores avaliaram cada ação de saúde a partir da gradação do conteúdo como sendo: (1) **todo oferecido** pelo curso para realizar a determinada ação; (2) **parcialmente oferecido**; (3) **não oferecido** pelo curso; ou como (4) **não sei/tenho dúvidas**.



As ações variaram de acordo com o curso, e considerando a gradação de 1 a 4, foram calculadas as médias por curso para a totalidade das ações, conforme **Tabela 27**.

Tabela 27: Média de avaliação do conteúdo oferecido pelos cursos de graduação em saúde do município de Petrolina/PE para preparar os egressos para realização de ações específicas de saúde. Brasil, 2015

Curso	Média
Farmácia	1,96
Medicina	1,58
Nutrição	1,47
Enfermagem UPE	1,66
Enfermagem UNIVASF	1,43
Fisioterapia	1,90

Fonte: Dados da entrevista, 2015

As respostas resultaram em menor média para o curso de Enfermagem da UNIVASF, o que significa dizer que, segundo a coordenadora, o curso oferece praticamente todo o conteúdo para que os alunos desenvolvam as ações listadas.

A maior média foi observada para o curso de farmacologia, isto porque para muitas ações de saúde a coordenadora avaliou como 3, isto é, conteúdo **não oferecido** pelo curso para desenvolvimento da ação. Grande parte dessas ações refere-se à prescrição e avaliação de medicamentos e exames laboratoriais.

Para os cursos de farmácia e fisioterapia, observou-se que há deficiência de conteúdo no que se refere à realização do protejo terapêutico singular e apoio matricial, que são por essência trabalhos em equipe.

Ressalta-se que dentre as ações listadas, algumas não fazem parte do escopo de prática do profissional em análise. O objetivo deste questionamento era averiguar o preparo para desenvolvimento de atividades de saúde diversas, na possibilidade de verificar a possibilidade de compartilhamento de ações entre as profissões.



PARTE V ANÁLISE DOCUMENTAL

5.1 RESUMO ANALÍTICO DAS ATAS DA CIR JUAZEIRO E PETROLINA

Além dos dados primários obtidos através da aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas, utilizou-se como fonte as atas das reuniões da CIR de Juazeiro e de Petrolina para os anos de 2015 e 2016.

Essa análise teve como objetivo compreender o processo de tomada de decisão nesse espaço de governança regional. Um aspecto comum identificado foi a regularidade na realização das reuniões e o protagonismo da instância regional da SES na definição das pautas.

Na região de Juazeiro foram realizadas entre janeiro de 2015 a março de 2016 nove reuniões da CIR; na região de Petrolina, em 2015, ocorreram dez reuniões da CIR.

Quanto à natureza das reuniões, todas foram ordinárias e apresentaram quórum conforme definido no regimento interno de cada uma das CIR. A coordenação da CIR ficava sob responsabilidade do coordenador/gerente da instância regional da SES na região de saúde.

Em relação à participação dos gestores municipais nas reuniões, constatou-se que não houve assiduidade dos representantes dos municípios polos das regiões de Juazeiro e de Petrolina; gestor de Juazeiro esteve presente em apenas quatro, das nove reuniões. A gestão de Petrolina compareceu em cinco reuniões, das dez que ocorreram.

No tocante ao processo de governança regional as atas não descrevem em detalhes o conteúdo das discussões, porém, indicam alguns aspectos importantes. A CIR não demonstra ser um espaço deliberativo, pois não foram identificadas decisões sobre a política de saúde regional; as reuniões tem forte característica administrativa (informes e solicitação de providências por parte dos municípios). A organização da rede de atenção é muito focada na implantação de serviços locais, sem uma identificação de âmbito regional. Não existe um instrumento de planejamento regional amplo, que estabeleça objetivos e metas voltados ao desenvolvimento e qualificação do sistema de saúde regional.



Ressalta-se que no processo de instituição da Rede Interestadual de Atenção Pernambuco e Bahia houve um movimento ascendente e participativo de planejamento, o qual não faz parte das discussões da CIR.

Uma hipótese para isso, pode ser a rotatividade dos gestores, já que nenhum deles participou da elaboração do Diagnóstico da Rede Interestadual de Saúde.

Outro aspecto percebido foi a clara assimetria de poder que existe entre os participantes da CIR; papel preponderante da coordenação/gerência da instância regional da SES (NRS Norte/GERES) na condução das reuniões e das decisões.

Quanto aos temas discutidos, constatou-se uma grande variedade de pautas, mas na maioria demandas da gestão estadual (**Quadro 10**).

Quadro 10: Tema das pautas das reuniões da CIR de Juazeiro e de Petrolina.

CIR	Temas
Juazeiro	CIR (regimento interno, composição da câmara técnica, cronograma de reuniões); atenção básica; RUE; conferência estadual de saúde; regulação assistencial; consórcio de saúde; SISPACTO; arboviroses; atenção especializada; linha de cuidado do IAM e obesidade; microcefalia; rede cegonha; HPP.
Petrolina	CIES; CIR (regimento interno); RUE; rede cegonha; monitoramento (realizado pelo setor de regulação da GERES); GERES (mudança do gerente regional); atenção básica; acesso; imunização; educação permanente; PEFAP; RAPS; SISPACTO; sistema de saúde prisional; doenças infecciosas; plano de contingência; telessaúde; arboviroses; promoção da saúde; academia da saúde; VIGIAGUA; PGRSSS; CEREST; mortalidade materna e perinatal; conferência estadual de saúde; SANAR.

Fonte: Atas da CIR de Juazeiro e de Petrolina, 2015 e 2016. Elaboração dos autores.

5.2 RESUMO ANALÍTICO DO COLEGIADO REGIONAL INTERESTADUAL (CRIE)

A Rede de Atenção Interestadual Pernambuco/Bahia por se conformar numa experiência pioneira no âmbito da constituição de regiões de saúde que integram duas ou mais unidades da federação, instituiu no contexto da gestão um espaço de governança não previsto na normativa do SUS.

O CRIE foi a estratégia adotada pelas SES de Pernambuco e da Bahia no que tange a gestão de uma rede interestadual. Conforma-se num espaço de cogestão



constituído pela gestão estadual dos dois estados, gestão dos municípios polo – Petrolina e Juazeiro, representação dos municípios que compõem as regiões de saúde (paritária) e da UNIVASF.

Como forma de legitimar esse espaço, ambas as CIBs de Pernambuco e Bahia emitiram resoluções que tratam da criação do CRIE no âmbito da Rede Interestadual de Atenção Pernambuco/Bahia.

Foram analisadas 11 atas de reuniões do CRIE referentes aos anos de 2010 a 2014; assim, distribuídas: 2010 – 01 ata; 2011 – 06 atas; 2013 – 03 atas; e, 2014 – 01 ata.

Os temas mais recorrentes discutidos e pactuados foram o projeto QualiSUS Rede e a regulação assistencial (**Quadro 11**).

Quadro 11: Tema das pautas nas reuniões do CRIE, 2010 a 2014.

Tema	Frequência
Plano de ação para regulação integrada	02
Programação do III Fórum da Rede	01
Proposta de pactuação interestadual	02
Encaminhamentos para efetivação da Rede Interestadual	01
Cronograma de reuniões	02
Revisão do PDI	01
Implantação do serviço de braquiterapia da APAMI	01
Câmara técnica do CRIE	01
QualiSUS Rede	05
Complexo regulador	03
Hospital Universitário UNIVASF (Hospital de Traumas)	02
Organização do núcleo de regulação interestadual	02
Regimento interno CRIE	02
Linha de cuidado de cardiologia	01
Traumato-ortopedia	02

Fonte: Atas do CRIE. Elaboração dos autores.

Diferente do caráter pouco deliberativo da CIR, o CRIE de fato conforma-se num espaço deliberativo; acredita-se que esse perfil seja resultado de dois fatores decisivos: a participação dos gestores estaduais e o entendimento acerca do papel desse espaço na organização e operacionalização da Rede.



O ano de 2011 foi o que apresentou maior regularidade de reuniões, seguido de 2013. Em 2014 houve apenas uma reunião, a dificuldade de compatibilidade de agendas entre os gestores estaduais foi o motivo dessa situação; cenário que voltou a ocorrer em 2015.

Um reflexo importante da não regularidade de reuniões do CRIE foi o comprometimento da operacionalização da Rede, em especial, da regulação assistencial.

Todo esse contexto, levou a uma forte mobilização do segmento dos trabalhadores, usuários e do legislativo, que culminou na realização de uma audiência pública para discutir a situação da Rede Interestadual de Atenção Pernambuco/Bahia. Como desdobramento de ação, destacam-se a convocação de uma reunião do CRIE e a sugestão de inclusão da representação do Ministério da Saúde no colegiado.

Quadro 13: Resumo das atas da CIR Juazeiro.

Mês/ano	Quórum	Pauta	Conteúdo das discussões	Deliberação	Impressões
Março /2015	Sim	1.Nova resolução regimento interno CIR; 2.Apresentação projeto NASF de Sobradinho; 3.Calendário de reunião; 4.Resolução CIB 249/2014.	Apresentação da reforma administrativa da SESAB, com extinção das Diretorias Regionais de Saúde e criação de 09 Núcleos Regionais de Saúde, da região passou a ser denominado Núcleo de Regional de Saúde Norte (regiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim); novos fluxos. Resolução CIB 249/2014 – competências do estado e dos municípios na gestão, organização e execução das ações do Sistema de Vigilância em Saúde. Situação de algumas farmácias dos municípios de Uauá e Canudos cujo processo de liberação do alvará foi iniciado pela equipe do NRS Norte, e que conforme a Resolução seria de competência municipal; colocou em votação se tais processos seriam concluídos pelas equipes municipais ou pela equipe do NRS. Gestores municipais presentes expuseram que a Vigilância Sanitária sofre com a interferência política. Dificuldade de agendar procedimentos no IMIP-Hospital Dom Malan; unidade com porta aberta para urgência e emergência.	Eleição do novo coordenador da CIR; Os processos de liberação de alvará sanitário das farmácias dos municípios de Uauá e Canudos que já estão em curso serão concluídos pela equipe do NRS Norte; Sugestão de realização de reunião com os prefeitos para tratar da importância da Vigilância em Saúde; Retomar Grupo de Trabalho da CIR para tratar das questões relacionadas a Rede PEBA e fazer um diagnóstico sobre a situação da RUE nos municípios da região.	Pouca participação dos secretários nas discussões; para os pontos de pautas 2 e 3 não existe qualquer tipo de registro; coordenadora regional tem papel de liderança e de condução da reunião.
Abril/2015	Sim	1.Plano de ação da RUE 2. Conferências de Saúde 3. Implantação da câmara técnica e grupos de trabalho	Inclusão na pauta dos seguintes assuntos: plano de financiamento dos consultórios odontológicos, monitoramento do Programa Academia da Saúde, convocação dos municípios que não foram capacitados no e-SUS, curso de especialização à distância da FIOCRUZ, assinatura do Termo de Compromisso do Programa de Prótese Dentária, central de regulação de leitos da Rede PEBA, encontro do Conselho Estadual de Saúde e informações sobre o Programa de Oxigenioterapia domiciliar. Técnico Regional do Programa de Saúde Mental expõe sobre a necessidade de recuperar a rede e solicitou o preenchimento do questionário para envio posterior ao Núcleo. Técnica da Vigilância Epidemiológica comunica sobre a realização de uma videoconferência sobre a febre Chikungunha; o Ministério da Saúde irá publicar uma portaria que trata sobre o Plano de Contingência da Dengue e Chikungunha, e os municípios terão até 45 dias para elaborar e enviar o plano para a SESAB. Técnica da VISA do NRS solicita aos municípios que enviem a relação de profissionais responsáveis pela prescrição de Talidomida; apresenta a proposta de	GT da RUE proponha estratégias que reitere o pedido de doação do aparelho de Raio X para o município de Uauá junto a SESAB. Coordenação do NRS sugere que os secretários participem junto com os prefeitos das reuniões que tratam dos consórcios de saúde. Técnico regional da Rede de Saúde Mental solicita que a gestão municipal realize busca ativa nos prontuários do CAPS, a fim de retirar aqueles que não são do serviço e sejam encaminhados para acompanhamento pelas unidades de saúde da família. Nomeação da equipe que irá compor a Câmara Técnica – coordenador da CIR e do NRS. Composição dos Grupos de	Pouca participação dos secretários nas discussões; Pauta 2 não foi discutida; Inclusão de vários temas que não foram colocados em discussão; Reunião com forte característica administrativa (informes e solicitação de providencias por parte dos municípios); rede de atenção ainda muito focalizada na implantação de serviço locais, sem uma identificação de organização em âmbito regional.



			curso de especialização a ser promovido pela SUVISA para técnicos municipais que atuam na Vigilância Sanitária. Coordenador da CIR (Secretário de Casa Nova) sugere a inclusão dos secretários de saúde como candidatos curso. Representante do município de Juazeiro apresenta a situação da RUE, destacando entraves, dificuldades e sugestões para melhoria da rede. Informa que o Plano se encontra no Ministério da Saúde desde abril de 2014, aguardando publicação para posterior liberação dos recursos financeiros. Solicita aos secretários o cadastro dos leitos de retaguarda. Expõe que a escala de ortopedia e cirurgia pediátrica estão fechadas e que dos 04 leitos de UTI pediátrica, todos estão ocupados por pacientes crônicos. Na área de cardiologia existe equipamentos quebrados e que provavelmente na próxima semana a situação seja resolvida. Coordenadora regional socializa que a reunião do GT da RUE foi produtiva, entretanto, alerta que ainda é comum o encaminhando de situações para serviços de maior complexidade que poderiam ser resolvidos pelas equipes da Atenção Primária, o que demonstra sobre a necessidade de estruturação e fortalecimento da APS. Secretários de Casa Nova e Uauá informam que implantaram serviço de ortopedia, sendo que Uauá não dispõe de aparelho de Raio X (solicitou a SESAB). Coordenação regional questiona se os secretários já estabeleceram algum contato com os representantes dos consórcios de saúde. Informes sobre a campanha de imunização influenza, o curso do SI-PNI e de que a rede de frio dos municípios sem capacidade para armazenar todas as vacinas, e assim, as vacinas serão remanejadas para armazenamento na rede de frio do NRS.	Trabalho de Vigilância à Saúde, Gestão do Sistema de Saúde e Gestão do Trabalho e Educação; todos possuem representantes do nível estadual e municipal.	
Maio/2015	Sim	1.Consórcios de saúde; 2.Pesquisa Política, Planejamento e gestão das regiões e redes de atenção; 3. Fluxo de credenciamento da APS; 4. Credenciamento NASF tipo I do município de Sobradinho	Coordenação do NRS expõe sobre a Pesquisa Regiões e Redes e coloca em discussão e aprovação o Termo de Concordância. Apresentação do Projeto de Lei Federal que trata dos Consórcios de Saúde; esclarece que a adoção por essa modalidade é de decisão municipal e que não existe a incorporação de novo aporte de recursos financeiros. Secretário de Juazeiro expõe sobre a situação dos atendimentos em ortopedia (demanda maior que a oferta), partos normais estão sendo encaminhados sem regulação, Hospital Dom Malan demitiu em massa	CIR aprova o Termo de Concordância da pesquisa regiões e redes.	Reunião iniciou sem quórum, sendo atingido quando do início em caráter informativo; ausência discussão sobre a situação da rede de saúde local, apesar dos vários problemas apresentados.



			os cirurgiões e que deixou de realizar alguns procedimentos mesmo com a manutenção do repasse financeiro para custeio desses procedimentos, encaminhamento de pacientes para realização de procedimentos em Juazeiro que poderiam ser realizados pela rede de saúde local. Apresentação do novo fluxo da APS. Credenciamento do NASF de Sobradinho não foi apreciado pela ausência do secretário municipal.		
Julho/2015	Sim	1. Regulação dos serviços de média complexidade; 2. credenciamento do NASF tipo I de Sobradinho; 3. Alteração da modalidade do NASF de Pilão Arcado de Tipo II para Tipo I.	Informes: parabenização aos gestores municipais pela realização das conferências de saúde; necessidade de participação dos técnicos municipais na oficina da PROGVS/SISPACTO; sugestão de possibilidade de participação dos secretários no Curso de Especialização não foi aprovada; notificação por email sobre a permanência de pacientes em alta nas unidades em decorrência da demora das secretárias de saúde disponibilizar transporte para remoção dos mesmos; exposição dos municípios quanto alimentação do SARGSUS e cadastro dos Conselhos de Saúde. Necessidade de regularização dos seguros privados das ambulâncias do SAMU, item necessário para qualificação do serviço. Informe sobre o movimento dos servidores da saúde que trata dos processos de insalubridade e extinção das DRES. Secretário de Saúde de Campo Alegre de Lourdes expõe que o fluxo de regulação pactuado não está sendo seguido, e que os usuários têm conseguido agendamento sem autorização prévia da central de marcação de consultas.	Elaboração de um documento por parte da CIR em apoio ao movimento dos servidores públicos da saúde. Aprovado credenciamento do NASF Tipo I de Sobradinho. Aprovado a mudança de tipologia do NASF de Pilão Arcado. Elaboração de ofício a ser encaminhado a SMS de Juazeiro e CRIL solicitando esclarecimentos. Convocação de representantes da SUREGS e CRIL para tratar a regulação. Agendamento de reunião com nova gestão do Hospital Regional de Juazeiro.	Pauta 1 foi tratada de modo superficial, apresentada apenas a situação particular do município de Campo Alegre de Lourdes; grande parte do tempo da reunião foi voltado para o repasse de informações de caráter administrativo/burocrático.
Setembro/2015	Sim	1. Pactuação das diretrizes e indicadores SISPACTO 2013-2105; 2. Programação das ações do sistema nacional de vigilância em saúde PROGVS.	Apresentação dos indicadores do estado da Bahia e das regiões de saúde; discussão da metodologia da oficina de pactuação SISPACTO e PROGVS. Realizada pactuação indicador a indicador; no indicador 28 (casos novos de sífilis congênita) a CIR acordou em utilizar o número 02 como parâmetro de multiplicação; indicador 40 (notificação de acidentes de trabalho) sugerido pela técnica do SESAT que os técnicos que atuam na área participem do curso EaD para facilitar a execução das ações, alertou ainda para necessidade urgente do município de Uauá alimentar com regularidade o sistema de informação para evitar o corte de repasse de recursos. Durante a pactuação dos indicadores de média complexidade o gestor de saúde de Campo Alegre de Lourdes expôs a dificuldade em enviar as laminas dos	Pactuação dos indicadores do SISPACTO e ações da PROGVS. Redirecionamento do encaminhamento das laminas de citopatologia dos municípios Campo Alegre de Lourdes, Curaça, Uauá, Sobradinho e Casa Nova de Juazeiro para Remanso.	A atividade foi realizada em 02 dias. Pouca discussão acerca dos parâmetros, dando a impressão que os municípios seguiram as orientações da equipe da SESAB.



			exames de citopatologia para Juazeiro, solicitando que o serviço seja redirecionado para Remanso. Os municípios de Sobradinho, Uauá, Curaça e Casa Nova também solicitaram redirecionamento para Remanso		
Outubro/2015	Sim	1. Situação epidemiológica das arboviroses na Bahia; 2. Preparação para reunião da CRIE; 3. SAMU Remanso – custeio; 4. Conferência estadual de saúde.	Apresentação da situação da Dengue, Zika e Chikungunya; falta de larvicida com previsão de regularização até o final do mês pelo Ministério da Saúde; necessidade de intensificação das ações de controle e combate, em especial pela proximidade do período chuvoso. Coordenação do NRS chama atenção para necessidade de pensar em estratégias para o atendimento hospitalar. Nesse sentido, o gestor de Casa Nova destaca que no momento atual está muito difícil assumir ações de saúde. Apresentação da atual situação da CRIE, solicitação de indicação de um representante da microrregião de Juazeiro para compor o referido colegiado. Expõe para os participantes os serviços ofertados pela rede PEBA e salienta que é de responsabilidade dos municípios o transporte sanitário. A rede de serviços é insuficiente, além de que, existem unidades que não estão executando o que foi pactuado. Gestor do município de Remanso que desde outubro de 2014 vem assumindo integralmente o custeio da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, a qual, presta serviço a outros municípios da região. Esclarece que já existe proposta no SAIPS/MS, porém, pela indisponibilidade de recursos a Portaria ainda não foi publicada. Solicita ainda que os recursos financeiros dos municípios de Pilão Arcado e Campo Alegre de Lourdes, hoje alocados no teto do SAMU de Juazeiro sejam alocados no teto do município de Remanso. Gestor de Campo Alegre de Lourdes solicita registro em ata da ausência frequente do gestor Juazeiro nas reuniões da CIR.	O gestor do município de Casa Nova foi indicado para representar a microrregião de Juazeiro na CRIE. Definido as estratégias para readequação da rede PEBA a ser apresentada na reunião da CRIE. Realização de reunião extraordinária da CIR com a presença do gestor de Juazeiro para tratar do SAMU regional.	Não ficou explícito quais foram as estratégias que a CIR propôs para adequação da Rede PEBA; problema com alocação de recursos financeiros e cumprimento dos acordos.
Novembro/2015	Sim	1. Apresentação do rateio de recursos para custeio da USA de Remanso e de Juazeiro; 2. Projeto de cirurgia de catarata; 3. Apresentação da linha de cuidado obesidade de sobrepeso; 4. Apresentação da Política	Coordenador da CIR propõe inversão da pauta, sendo a primeira a indicação de um representante da CIR no GT da CRIE. Apresentação da planilha do custeio mensal da USA, dos valores a serem repassados para o município de Remanso pelos municípios de Pilão Arcado e Campo Alegre de Lourdes, após a publicação da Portaria de habilitação da USA por parte do Ministério da Saúde. Proposta de complementação de recursos para custeio da USA de Juazeiro pelos municípios de	Indicado técnica da SMS de Sobradinho para representar a CIR de Juazeiro na Câmara Técnica da CRIE. Definido que o município de Remanso após habilitação da USA receberá R\$90.628,50 mensal para custeio do serviço. Além disso, os municípios de Pilão Arcado e	



		de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); 5. Indicação de membro para compor Câmara Técnica da CRIE; 6. Validação da pactuação SISPACTO.	Curaça, Casa Nova, Sobradinho, Sento Sé, Uauá e Canudos. Informa que o Termo de Compromisso deve ser assinado pelo prefeito, e que o custeio da central de regulação do SAMU Regional é assumido apenas pela SMS de Juazeiro. Exposto aos participantes que foi criado um GT na CRIE para estudar o custo do transporte sanitário da Rede PEBA. Questionado ao gestor de Juazeiro o motivo pelo qual, das USA existentes na Central do SAMU Regional, apenas uma atende os municípios da região; sendo que era para as duas atenderem. O representante da RUE esclarece que essa foi uma decisão administrativa da SMS de Juazeiro, tendo como justificativa o volume de ocorrência no município que demanda por esse tipo de ambulância. Gestor de Remanso expõe que Campo Alegre de Lourdes não vem cumprindo com o acordo de custear o pagamento de um médico que integra a equipe da USA. Apresentação da Política Estadual para redução da mortalidade por IAM destacando a implantação de 50 salas de telemedicina e ampliação do serviço de angioplastia primária. Esclarece que pelos critérios a região contará com 04 salas. A região de Juazeiro não conta com serviço de atendimento ao glaucoma, sendo referência o município de Paulo Afonso. Apresentação da proposta para implantação de ambulatório intermediário voltado para pessoas obesas ou com sobrepeso, sendo que inicialmente o serviço será implantado em Juazeiro. O gestor de Juazeiro acata a sugestão. Diretor da DIPRO apresenta o Programa Saúde sem Fronteiras (serviço de atendimento oftalmológico ambulatorial e cirurgia de catarata itinerante), população alvo e o período em que o serviço estará na região. Do total de atendimentos, 40% será destinado aos munícipes de Juazeiro e os 60% distribuídos entre os demais municípios da região. Coordenação do NRS alerta que o custo com transporte será de responsabilidade de cada município e da necessidade validação do SISPACTO.	Campo Alegre de Lourdes também complementar o custo do pagamento de um profissional médico que integra a equipe da USA. Definido que o valor complementar a ser repassado para SMS de Juazeiro para custeio da USA pelos municípios de Curaça, Casa Nova, Sobradinho, Sento Sé, Uauá e Canudos será de R\$6.278,20 mensal. As duas USA servirão aos municípios da região. As salas de telemedicina serão assim distribuídas: 02 em Juazeiro, 01 em Remanso e 01 em Sento Sé. O Atendimento do programa Saúde sem Fronteiras será em Juazeiro, sendo disponibilizados 320 atendimentos/dia para Juazeiro e 53 atendimentos/dia para os outros municípios da região; 03 cirurgias de catarata por dia para cada município. Cronograma de atendimento: 18 a 22/11 consultas, 19 a 23/11 cirurgias, 21 visita dos prefeitos e 24/11 revisão cirúrgica.	
Fevereiro/2016	Sim	1. Plano estadual de resposta à emergência das microcefalias associadas às arboviroses; 2. Trabalho de campo do	Coordenação do NRS apresenta o plano estadual. Presentes questionam sobre a realização dos exames para acompanhamento dos recém-nascidos, já que a rede ainda não dispõe deste tipo de serviço. Gestor de Juazeiro informa que a unidade SOTE não	Reunião técnica entre a equipe da Vigilância epidemiológica de Juazeiro e do NRS para organização do serviço de acompanhamento as crianças com	Pouca participação dos gestores nas discussões; planos de ação são apresentados para conhecimento, com pouco



		Plano Nacional de enfrentamento a microcefalia.	presta mais serviços ao SUS. O descredenciamento ocorreu em decorrência da direção da unidade solicitar pagamento dos procedimentos mediante tabela diferenciada, ou seja, com valores acima da tabela SUS. Quanto ao fluxo de atendimento, informou que a partir de então o atendimento de ortopedia será referenciado através da UPA para o Hospital Regional de Juazeiro; as cirurgias serão referenciadas para o Hospital de Trauma, desse modo, o atendimento não será mais por demanda espontânea. Garantiu que o fluxo será respeitado. A discussão sobre o atendimento as crianças com microcefalia, é retomada, sendo informado que a SMS de Juazeiro já designou uma equipe para atender a esta demanda. Técnico do NRS chama atenção para a definição clara do fluxo de atendimento e sugere a realização de uma reunião específica para tratar da organização do serviço para região. Coordenação do NRS apresenta os serviços disponíveis na Rede da Macrorregião Norte para as pessoas com deficiência.	microcefalia.	permeabilidade a adequação para a realidade regional; gestão de Juazeiro altera o fluxo de atendimento em ortopedia da Rede PEBA sem uma discussão previa com gestores municipais.
Março/2016	Sim	1. Situação epidemiológica das arboviroses; 2. RUE; 3. Rede cegonha; 4. Sistema de Gestão de Custo de HPP.	Reunião ampliada, envolvendo representantes da CIR de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, presidente do COSEMS-BA e representante do secretário de saúde da Bahia. Informado que até dezembro desse ano serão implantados 10 novos leitos de UTI no Hospital Nair Alves em Paulo Afonso. Apresentação do sistema de gestão de custo para HPP, destacando que se trata de um sistema on-line, que oferece as seguintes ferramentas: cadastro de contas, produção e receita. Situação epidemiológica das arboviroses é exposta, com distribuição espacial dos casos de microcefalia no estado. Coordenação do NRS destaca que dentre as 03 regiões de saúde que compõe a Macrorregião Norte, a de Paulo Afonso foi a que mais avanço na organização da rede de atendimento as crianças com microcefalia, entretanto, que não oferece consulta em neuropediatria e os exames de ecocardiograma e tomografia devido à ausência de serviço/profissional na região. Informa que foi encaminhado ao MS solicitação de credenciamento da APAE para atender o CER II. Os exames de USG transfontanela serão realizadas no Hospital Regional d Juazeiro. A região de Senhor do Bonfim apresenta dificuldades em avançar na organização da rede regional. Gestor de Juazeiro informo que o tomógrafo não está	Ambulância de Chorrochó servirá como reserva técnica para Paulo Afonso. Instauração de grupo para estudar a situação dos partos na Rede PEBA. Instauração de um grupo composto por coordenadores da CIR de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim para elaborar proposta para enfrentamento da situação do Hospital de Senhor do Bonfim. Realização de treinamento/atualização para atenção ao parto normal voltado para médicos que atuam nos hospitais municipais na Maternidade de Juazeiro. Solicitação de reunião da CRIE sobre a Rede PEBA. Solicitação de auditoria na PROMATE e Hospital de Traumas	Rede PEBA é referência para quase 2 milhões de habitantes, porém, a oferta de serviços está abaixo na demanda. Apresenta como maiores gargalos, ortopedia, obstetrícia e cardiologia. Insuficiência de médicos agrava ainda mais a deficiência da rede. A baixa capacidade instalada dos municípios da região é outra característica.



			funcionando, apesar do serviço já está credenciado. Solicita celeridade na resolução do problema. Apresentação da RUE, pela coordenação da CRIL, destacando os serviços ofertados pela Rede PEBA, sendo que as maiores demandas são nas áreas de obstetrícia e ortopedia. Pontua que a rede está insuficiente quanto ao número de leitos, porém, chama atenção para o fato que algumas unidades não estão cumprindo com os pactos estabelecidos. O tempo de resposta da central de regulação interestadual vem aumentado. Existência de encaminhamentos desnecessários, talvez pela ausência de exames de apoio diagnóstico. Hospital de Trauma (UNIVASF) apresenta déficit de anestesistas e cirurgiões, levando a suspensão de atendimento no último final de semana. Quanto a rede Cegonha, expõe que as regiões de Senhor do Bonfim e de Paulo Afonso não dispõem de serviços de referência para realização de parto de risco habitual. A referência em cardiologia apresenta dificuldade pelo número reduzido de leitos e pela redução da oferta de procedimentos na unidade contratada. Pontuou ainda a dificuldade no atendimento em saúde mental que necessitam de internação e dos casos de trauma ocular. Chamou atenção para situação precária do transporte sanitário da Rede PEBA, ocorrendo situações que o paciente vai ao óbito. A rede PEBA não conta ainda com serviços de referência para cabeça e pescoço, cirurgia torácica, cirurgia plástica e endoscopia. Durante a discussão, o gestor de Casa Nova reconhece as dificuldades que os municípios enfrentam, e que, existe diferenças entre Bahia e Pernambuco. Presidente do COMSEMS solicita aos municípios levantamento das pendências de habilitação de serviços junto ao MS e sugere que uma das pautas da reunião da CIR seja situação da rede cegonha em cada região de saúde.	(UNIVASF).	
--	--	--	---	------------	--

Fonte: Atas das CIR-Juazeiro. Elaboração dos autores.



Quadro 13: Frequência dos gestores nas reuniões da CIR – Juazeiro, 2015 e 2016.

Reunião	NRS	Juazeiro	Casa Nova	Sobradinho	Uauá	Sento Sé	Campo Alegre de Lourdes	Pilão Arcado	Canudos	Curaça	Remanso
Março/2015											
Abril/2015											
Maio/2015											
Julho/2015											
Setembro/2015											
Outubro/2015											
Novembro/2015											
Fevereiro/2016											
Março/2016											

Fonte: Atas das CIR-Juazeiro. Elaboração dos autores.

Quadro 14: Resumo das atas da CIR de Petrolina.

Mês/ano	Quórum	Pauta	Conteúdo das discussões	Deliberação	Impressões
Fevereiro/2015	Sim	Aprovação dos membros da CIES; Aprovação membros da Câmara Técnica da CIR; Pactuar data para reunião extraordinária da CIR para aprovação do regimento interno da CIR e CIES; Apresentação da Portaria 2358/2014 que dispõe sobre os leitos de retaguarda; Informes.	Aprovação dos membros da CIES e câmara técnica; definida data da reunião extraordinária da CIR; explicado que existe um prazo para adequação dos leitos a normatização vigente, a finalidade dos leitos e que o recurso será para custeio. Nos informes foi socializado que existe um projeto para implantação de 02 unidades para pacientes com problemas com crack, álcool e outras drogas em Petrolina; apresentação dos serviços do laboratório CIND de Cabrobó; orientação sobre a 1ª etapa da campanha de vacinação de HPV; CRIL informa que ocorreu redução da oferta na região (fechamento de serviços), municípios encontram dificuldade para definição do diagnóstico e a realização de curso em cardiologia avançada voltados os profissionais da RUE com disponibilidade de 64 vagas.	Aprovação sem descrição da composição dos dois colegiados; Reunião extraordinária será realizada em 19 de março.	A ata não descreve as discussões ocorridas; reunião com forte caráter informativo.
Março/2015	Sim	Aprovação da composição do grupo condutor da rede cegonha;	Apresentação da composição do grupo condutor a rede cegonha – 04 representantes da GERES e 04 dos municípios da região; regulação apresenta a	Aprovação do projeto de ampliação da cobertura do Saúde da Família no município de Orocó – 03 USF e	A ata não descreve as discussões ocorridas; reunião com forte caráter informativo.



		Monitoramento da regulação; Visita aos municípios; Informes; Credenciamento de 03 USF e 07 ACS; Dificuldade de acesso à assistência hospitalar dos pacientes dos municípios vizinhos a região	ações e o papel da UPAE; Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista em fase de implantação dos leitos de retaguarda e Petrolina credenciando serviço para contratação e posterior oferta de leitos de retaguarda; informes – treinamento estratégico para motivação voltado para profissionais da gestão e seminário regional sobre Política de Saúde Indígena e RAS; aprovado em ar de referendo o projeto de credenciamento das 03 USF e 07 ACS; ocorrência de invasão de pessoas residentes em municípios vizinhos a região em busca de atendimento, entendem que o SUS é universal e que não podem negar, o usuário vai buscar atendimento onde sabe que será atendido.	07 ACS (a de referendun).	Houve aprovação a qual não gerou resolução com a decisão da CIR.
Março/2015	Sim	II Oficina de ressignificação da Educação Permanente em Saúde (EPS); Monitoramento da regulação; Informa técnico; Cobertura vacinal HPV; Avaliação PEFAP; Curso sobre Sala de Vacina; Projeto para implantação CAPS I do município de Dormentes.	Exposição do projeto com posterior aprovação; apresentação do resultado do monitoramento da regulação, apontando que a taxa de realização do exame de Papanicolau está abaixo, sendo exposto pelos gestores que isso decorre da falta de material, as atividades do outubro rosa que reduziu a procura nas unidades e a redução do número de funcionários; Necessidade de intensificar as ações de vacinação para atingir a meta e de reduzir o número de perda de doses; quanto a avaliação do PEFAP exposto que todos os municípios pontuaram e que haverá repasse de recursos; curso de ACLS foi cancelado (informado na reunião de fevereiro curso avançado em cardiologia).	Aprovação do projeto de ressignificação da EPS.	Apesar de estar como ponto de pauta a aprovação do projeto de implantação do CAPS I em Dormentes, o registro em ata não deixou claro a deliberação da CIR. Manutenção do caráter informativo da reunião.
Maio /2015	Sim	Monitoramento do Pacto pela Saúde; Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas privadas de liberdade pelo Sistema Prisional; Campanha de Hanseníase; Inquérito sobre tracoma; Campanha Influenza;	Apresentação do desempenho dos municípios, ressaltando a necessidade de estratégias para reduzir a mortalidade por causas evitáveis; apresentação do processo de adesão municipal a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas privadas de liberdade pelo Sistema Prisional, prazo para envio do plano e termo de adesão, neste aspecto gestão de Petrolina coloca que isso deve ser pactuado na CIB-PE já que se trata de uma Política estadual. Quanto a campanha de hanseníase apresentada a data e os municípios prioritários – Afrânio, Cabrobó, Lagoa Grande, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista. Equipe da VISA da GERES pede apoio dos municípios na execução do inquérito sobre tracoma, parabeniza os gestores sobre	Não houve ocorrência	Manutenção do caráter informativo da reunião; pauta não inclui demandas dos municípios da região.



		Situação da tuberculose; Monitoramento da Vigilância em Saúde; Grupo Condutor RUE; Desenho da RAPS; Plano Contingência.	o desempenho na campanha contra influenza, coloca a dificuldade em examinar os sintomáticos respiratórios, subnotificação de casos de Tuberculose e prevenir o abandono. A equipe da VISA apresenta os 14 indicadores pactuados e as metas a serem atingidas. Grupo condutor da RUE apresentou a situação dos leitos de retaguarda. O desenho a RAPS estadual ainda não foi concluído devido à ausência do da RAPS da região de Petrolina. Com a publicação da Portaria que trata do Plano de Contingência ocorrerá redução do número de visitas dos técnicos da GERES aos municípios		
Junho/2015	Sim	Núcleo Telessaúde Petrolina; Fluxo de retirada de pacientes de alta hospitalar (Superintendente do Hospital Universitário UNIVASF); Plano de Ação de Educação Permanente; Monitoramento da regulação; Situação da Dengue; Grupo condutor rede Cegonha.	Apresentado os avanços do programa Telessaúde, a necessidade de suporte e a participação dos municípios; além disso, foi exposto aspectos sobre o programa, o custeio do núcleo, requisitos para adesão, especialidades prioritárias e sua vinculação com Atenção Básica. A taxa de ocupação do Hospital Universitário UNIVASF é de 105%, esse cenário decorre em parte da existência de pacientes em alta hospitalar que permanecem na unidade aguardando transporte sanitário do município de sua residência, havendo casos, que o paciente fica até 20 dias de alta aguardando o transporte; aumento os custos e comprometendo a rotatividade dos leitos. Apresentação do fluxo: hospital envia relação de pacientes em alta para CIR/Regulação GERES que comunicam aos municípios que por sua vez devem garantir a remoção dos pacientes. CIES apresenta a planilha com as metas, a planilha com as ações será apresentada na próxima reunião da CIR. Regulação da GERES apresenta que a oferta da UPAC está maior que a demanda dos municípios e elevada taxa de absenteísmo, sendo que Petrolina apresenta a maior taxa entre os municípios da região. Gestores alegam que isso ocorre devido da dificuldade com transporte/deslocamento dos usuários. Situação da dengue na região, com apresentação dos mapas com ocorrência de casos por município, alertando que os municípios de Petrolina, Dormentes e Afrânio apresentam risco de ocorrência de surto. Grupo condutor a rede Cegonha expõe que existe a necessidade de indicação de representante de Petrolina e de um sanitarista da GERES para integrar o grupo; necessidade de redesenhar a rede; redução dos encaminhamentos de parto de risco habitual para o Hospital Dom Malan	Definição de reunião a ser realizada no próximo dia 15 de julho para homologação dos municípios. Aprovado o fluxo de retirada de pacientes em alta do Hospital Universitário UNIVASF. Municípios irão enviar relatório apontando as dificuldades na implementação das ações de combate à Dengue. Realização de curso sobre uso da incubadora a ser oferecido aos municípios pela equipe do Hospital Dom Malan.	Manutenção do caráter informativo da reunião; pauta não inclui demandas dos municípios da região.
Julho/2015	Sim	Mudança da modalidade do	Município de Afrânio solicita mudança da modalidade	Resolução CIR 265/2015 que pede	Manutenção do caráter



		NASF de Afrânio de II para I; Curso de formação profissional oferecido pelo centro regional de referência da UNIVASF; Indicadores de sífilis congênita; Apresentação dos indicadores de mortalidade perinatal; Monitoramento do pacto pela saúde; Informes; Plano de ação de núcleos de promoção da saúde; Monitoramento dos polos de academia da saúde.	do NASF, sendo aprovado. Centro de referência regional informa que tem a meta de qualificar 800 profissionais, sendo formadas 20 turmas com encontros quinzenais; municípios colocam que um entrave será os custos com deslocamento e a facilidade a existência da parceria. Quanto aos indicadores de sífilis congênita apontam a importância da notificação das gestantes não tratadas e a realização de busca ativa; reforçar junto aos profissionais a necessidade de notificar e distribuir os preservativos. GERES coloca que irá apoiar os municípios no alcance das metas referentes a mortalidade perinatal. Monitoramento do Pacto pela Saúde aponta a Atenção Básica pode interferir nas mortes por causas evitáveis; exame citopatológico sem informação, sendo esclarecido pelos gestores que isso decorre do atraso da entrega dos resultados pelo Hospital Dom Malan. Gestores colocam que estão encontrando dificuldade no acesso aos serviços de hemodinâmica na região, pois a única unidade de referência está com dificuldade em atender os pacientes. Informes – necessidade de descentralização do teste rápido para HIV/Sífilis e apoio na realização da reunião integrada da Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Mão Coruja. Plano de ação de núcleos de promoção da saúde para os municípios de Afrânio, Dormentes e Orocó. Para o monitoramento dos polos de academia da saúde foi proposto a realização de uma reunião para definir proposta de monitoramento. Apresentado o boletim de cobertura vacinal e realização do I Fórum Itinerante de mobilização para prevenção de acidentes de motos..	providência a SES-PE quanto ao serviço de hemodinâmica. Realização de reunião com os municípios para definição da proposta de monitoramento do polo de academia da saúde.	informativo da reunião; pauta não inclui demandas dos municípios da região; primeira vez que na ata fica explícito resolução da CIR.
Agosto/2015	Sim	Programa Telessaúde RIT-Vale; VIGIAGUA; Situação da leishmaniose; PEFAP; Avaliação da UPAE; Diagnóstico da situação do Hospital Dom Malan; Reunião integrada Vigilância à Saúde, Atenção	Programa Telessaúde RIT-Vale – articulação do telessaúde com a regulação com a definição de protocolos clínicos e de regulação, qualificação da fila de espera. VIGIAGUA – municípios deverão definir pontos de coleta e a GERES irá avisar quando do envio de carro pipa. Situação da Leishmaniose – quadro epidemiológico e as áreas críticas – Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista e Petrolina. PEFAP – municípios da região estão na faixa 03 devido ao indicador do exame citopatológico e a necessidade de fortalecimento da cultura de programação das ações. Avaliação da UPAE – apresentação do desempenho do serviço no alcance das metas pactuadas. Diagnóstico da situação do Hospital Dom Malan – elevado número de atendimentos de situações de menor gravidade que poderiam ser feitas pelas	Resolução CIR 266/2015 que trata do incentivo financeiro de custo mensal dos núcleos de Dormentes, Santa Maria da Boa Vista; UAPE deverá enviar relatório mensal para os municípios; Proposta de curso para enfermeiro obstetra oferecido pelo Hospital Dom Malan.	Reunião com forte característica de informes, apesar de algumas deliberações; pauta não inclui demandas dos municípios da região



		à Saúde e Mãe Coruja; PGRSSS.	unidades de menor complexidade; municípios alegam que encontram dificuldade em custear obstetra; ocupação de 04 leitos de UTI por pacientes crônicos, dos quais 03, são da Bahia, pedido de atendimento por home care para esses pacientes, porém, não atendido; diretoria aponta que as enfermeiras obstetras têm dado um ótimo resultado. Reunião integrada entre Vigilância à Saúde, Atenção à Saúde e Mãe Coruja. PGRSSS – envio pelos municípios até 30 de setembro.		
Setembro/2015	Sim	Atuação do CEREST; Mortalidade perinatal; Situação do fornecimento de larvicida; Monitoramento da regulação; Cursos de especialização para o SUS; Informes.	CEREST informa que faz apoio matricial para as equipes da Atenção Básica e prevenção em saúde do trabalhador. De janeiro a agosto de 2015 ocorreram 151 óbitos perinatal, havendo a necessidade de investigar esses óbitos e de implementar ações preventivas. Quanto ao combate dos focos com larva do Aedes informa que pode ser usado água sanitária conforme expresso no ofício DGCD 13/2015, porém, a gestão de Petrolina pede atenção ao número de óbitos e que o fornecimento de larvicida tem que ser mantido. Regulação que o município de Petrolina continua com as maiores taxas de absenteísmo da região. Serão oferecidos cursos de especialização em gestão de risco e segurança do paciente e vigilância em saúde. Informes – diagnóstico de chagas nos municípios, alimentação do sistema FORMSUS, credenciamento de 27 ESF modalidade I e 14 equipes de saúde bucal modalidade II do município de Petrolina; 2ª dose da vacina HPV e o 3º ciclo do PMAQ previsto para o mês de outubro; pacientes em alta hospitalar no Hospital Universitário continuam aguardando transporte; reunião extraordinária para aprovação do regimento da CIR; audiência pública sobre a Rede PEBA e indicação de um representante dos municípios da região para compor o CRIE.	Distribuição de vagas segundo curso: Segurança do paciente – 14 para unidades de referência da região, 02 para os municípios de Afrânio, 03 para os municípios de Cabrobó, Lagoa Grande e Santa Maria da Boa Vista, 01 vaga para os municípios de Dormentes, Orocó e GERES e 13 para Petrolina. Vigilância em saúde – 02 vagas para os municípios de Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista, Orocó; 05 vagas para Cabrobó, 04 vagas para GERES, 19 para Petrolina e 01 vaga para os Hospitais Dom Malan e Universitário. Aprovado projeto de expansão da cobertura do Saúde da Família de Petrolina conforme Resolução 267/2015. Indicado a gestora do município de Cabrobó para representação no CRIE; Emissão de ofício convocando gestores para reunião pré-reunião do CRIE.	Reunião com forte característica de informes, apesar de algumas deliberações; pauta não inclui demandas dos municípios da região
Outubro/2015	Sim	Projeto de treinamento do curso de estratégias para vigilância à população exposta a agrotóxicos;	Apresentação do projeto do curso para profissionais de saúde voltado para vigilância à população exposta a agrotóxicos. Capacitação dos membros do GT sobre mortalidade materna. Os novos residentes da UNIVASF são apresentados aos membros da CIR. A	Não houve deliberações.	Reunião informativa.



		Oficina de capacitação do GT de mortalidade materna; Apresentação dos residentes da UNIVASF; Conferência estadual de saúde; Reuniões CRIE e RUE.	segunda etapa da Conferência Estadual de Saúde está prevista para acontecer nos dias 19 e 20 de novembro. Próxima reunião do CRIE acontecerá no dia 20 de outubro e do grupo condutor da RUE no dia 15 de outubro.		
Novembro/2015	Sim	APAME – implantação do serviço de biologia molecular e tomografia; Eleição de suplência da representação no CRIE; Indicação dos novos membros da câmara técnica da CIR; Redistribuição dos leitos de retaguardas; SANAR; PQA-VS; RUE; Atenção Básica; Informes.	A Associação Petrolinense de Amparo à Maternidade e a Infância (APAME) apresenta projeto para aquisição de equipamentos para implantação dos serviços de biologia molecular e tomografia e coloca a apreciação da CIR; ressalva-se que foi em caráter de urgência devido ao prazo de entrega do pleito. Indicado para a vaga de suplência no CRIE a coordenadora da regulação que foi aprovado pelos presentes. Quanto a composição da câmara técnica da CIR acordado entre os gestores que irão enviar os nomes dos técnicos. Quanto a redistribuição dos leitos de retaguarda ficando 08 para Cabrobó, 01 para Lagoa Grande, 01 para Afrânio e Petrolina disponibiliza seus 10 leitos para os municípios da região, pois não conseguiu contratar o serviço para implantação dos leitos. SANAR – apresentação do plano de ação de vigilância e controle das doenças negligenciadas, os municípios encaminharam o termo de compromisso para GERES. PQA-VS – Avaliação parcial, chama atenção quanto ao envio dos dados em tempo oportuno para evitar prejuízo financeiro. RUE – Elaboração do plano regional para prevenção de acidentes de trânsito sendo deliberado pelo CRIE que cada região da Rede PEBA deverá elaborar um projeto para prevenção de acidentes de motos até o dia 15 de janeiro de 2016. Atenção Básica – atestado de conclusão de edificação da UBS materno-infantil de Dormentes e Unidade Básica de Saúde de Cabrobó. Informes – curso e-SUS, curso anemia falciforme, SI-PNI, substituição do nome da gestora de Cabrobó já que houve mudança da gestão do município, aprovação do regimento interno da CIR.	Aprovado o projeto da APAME – Resolução CIR 271 e 272 de 2015; Aprovação da indicação da coordenadora da regulação para a vaga de suplência no CRIE; Envio de ofício para CIB-PE informando sobre a conclusão das edificações das unidades de Afrânio e Cabrobó.	Projeto apresentado pela APAME não foi discutido pelos pares, sendo aprovado por unanimidade.

Fonte: Atas da CIR de Petrolina, ano 2015. Elaboração dos autores.

**Quadro 15: Frequência dos gestores nas reuniões da CIR – Petrolina, 2015.**

Reunião	GERES	Petrolina	Afrânio	Dormentes	Cabrobó	Orocó	Santa Maria da Boa Vista	Lagoa Grande
Fevereiro/2015								
Março/2015								
Março/2015								
Maio/2015								
Junho/2015								
Julho/2015								
Agosto/2015								
Setembro/2015								
Outubro/2015								
Novembro/2015								

Fonte: Atas da CIR Petrolina. Elaboração dos autores.

A CIR é o espaço formal para o exercício da governança regional, mas, como no estudo de Giovanella e Santos (2014), conforma-se num espaço burocrático, destinado a aprovação e homologação de projetos e ritos administrativo, do que na perspectiva do planejamento e da definição de políticas de saúde regionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de regionalização nos estados da Bahia e de Pernambuco aconteceram de maneiras distintas. A divisão territorial dos estados remonta da década de 1970, com um caráter administrativo.

No âmbito da organização do sistema de saúde, a regionalização ganha impulso após a publicação da NOAS no início dos anos 2000, quando as SES elaboram os primeiros Planos Diretores de Regionalização (PDR). De lá para cá, esse instrumento passou por várias alterações de modo a acompanhar as mudanças na legislação e no território.

Contudo, permanece o forte caráter burocrático do delineamento das regiões de saúde.

A história dos municípios de Petrolina e Juazeiro sempre estiveram ligadas. Se não houvesse o rio São Francisco, seriam um único município?

O IBGE (2008) denomina Petrolina e Juazeiro como um aglomerado urbano, constituído não só em decorrência de sua historicidade, mas, também por movimentos pendulares de trabalho e estudo entre as duas cidades.

Na nova divisão urbano-regional do Brasil, o IBGE (2016) define três escalas de referência: as regiões ampliadas de articulação urbana, as regiões intermediárias e as regiões imediatas; e trabalha com o espaço pautado numa organização em rede.

Petrolina é uma capital regional C, que tem como atributo a capacidade de polarizar um grande número de municípios no atendimento de bens e serviços de alta complexidade. Evidenciando o que acontece no âmbito da saúde na região.

Portanto, as demarcações do desenho federativo são diluídas por esse processo de deslocamento das pessoas no território.

Reconhecendo esse fluxo de pacientes entre Petrolina e Juazeiro, e todos os desdobramentos por ele derivados, os gestores municipais iniciaram um movimento que fez com que esse fenômeno fosse visível para outros atores; que por uma série de variáveis contextuais, favoreceu a inclusão na agenda do governo federal e dos



governos estaduais da organização da rede interestadual de saúde de Pernambuco/Bahia.

O desenho e a organização da Rede de Saúde Pernambuco/Bahia foram resultados de um rico processo de discussão e planejamento participativo, que agregou diversos atores representantes de diferentes instituições e segmentos sociais.

O fato de ser uma experiência pioneira trouxe para gestores a necessidade de pensar um modelo de gestão fluido e que pudesse responder a contento as demandas da região. Entendendo a importância de um espaço de governança na gestão da Rede, instituíram um colegiado regional interestadual, composto por representantes dos estados e dos municípios. Desde a sua criação tem se conformado num local onde decisões são tomadas. Portanto, um espaço deliberativo.

Outra ação pioneira foi a implantação de uma Central de Leitos Interestadual (CRIL), a qual é custeada pelos estados e pelos municípios de Petrolina e de Juazeiro, responsáveis pela regulação do acesso à atenção hospitalar em situação de urgência/emergência.

Sendo a região um espaço de integração que não possui um estatuto institucional próprio, exige inovação. Assim, o primeiro apontamento da experiência de Pernambuco e Bahia foi a instituição de um espaço que possibilitou a gestão intergovernamental compartilhada.

A Rede Interestadual é constituída por serviços de 6 regiões de saúde com distintas capacidades governativas – compreendida como aquelas constituídas pelas capacidades econômico-fiscais e político-institucional (Neto, 2014). Essa desigualdade resulta em estágios diferenciados do processo de constituição dos sistemas locais de saúde e, por consequência, em demandas comuns e individuais. Essa assimetria traz importantes reflexos na operacionalização do projeto da Rede. A rotatividade de gestores e as distintas capacidades instaladas acabam por comprometer a definição de uma agenda comum. Esse é um segundo apontamento.

No processo de descentralização elegeu-se o município como núcleo básico para a organização do SUS, ao invés da região. Apesar de os gestores, trabalhadores e usuários reconhecerem a Rede de Saúde Pernambuco/Bahia, percebe-se que a cooperação ainda é muito frágil.



Apesar de o CRIE ser reconhecido como o espaço onde as decisões são tomadas, a ausência de participação da gestão estadual, acabou por fragilizar a gestão da Rede. Um outro apontamento, é o de que a instância estadual possui um papel decisivo na condução do processo de regionalização, quiçá, quando se trata de uma Rede Interestadual.

A experiência pioneira da Rede de Saúde Pernambuco/Bahia abre a possibilidade de maior experimentação do poder local e regional, porém, aumenta a responsabilidade da municipalidade na gestão da política de saúde.

Demonstra que é possível a implementação de uma Rede Interestadual num país federativo, apesar da ausência de instrumentos que promovam uma gestão compartilhada e solidária. Sendo necessário aprimorar os mecanismos de coordenação federativa – marco regulatório do SUS, as instâncias e instrumentos de pactuação e o sistema de partilha (Lima, 2013).

REFERÊNCIAS

ÁVILA, H.D.D. **A construção no SUS na Bahia: uma história da sua implementação.** Tese. Salvador: Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Instituto de Saúde Coletiva (ISC), 2013, 235f.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, 2012.

LIMA, L.D. **A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil.** A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema [on line] Rio de Janeiro: Fiocruz, IPEA, MS – Secretária de assuntos estratégicos da presidência da república, 2013, v.03, p.73-109.

MOLESINE, J.A.O. **A reforma sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 – 1989).** Tese. Salvador: Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Escola de Enfermagem, 2011, 263f.

NETO, A.M. **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate.** Brasília: IPEA, 2014, 326p.
PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, 2012.

ROTH AL, WAGNER D, ANTUNES JUNIOR JAV, PADULA AD. **Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo.** Revista de Administração-RAUSP. 2012;47(1):112-23.

SANTOS, M.M.H. **O processo de construção da assistência farmacêutica regionalizada no estado de Pernambuco.** Dissertação. Porto Alegre: UFRGS, 2005, 205f.

SILVA, VM; LIMA, SML; TEIXEIRA, M. **Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 145-159, dez 2015.

VIEIRA, DJ. **Evolução do ensino superior brasileiro em período recente: novas perspectivas para o desenvolvimento regional?** In: Monteiro Neto, A; Castro, CN; Brandão, AC. Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas Rio de Janeiro: Ipea, 2017: 277-306.



APÊNDICE

Apêndice 1: Síntese das notícias vinculadas na mídia que abordam a Rede Pernambuco-Bahia, 2005 e 2016.

Ano	Meio de comunicação	Manchete	Conteúdo da notícia
2015	Jornal Tribuna de Pernambuco	Alvorlande cobra portas abertas do HU de Petrolina para pacientes da Rede PEBA e criticou ausência do HDM-Imip em audiência pública.	Audiência Pública ocorrida no dia 16 de setembro de 2015 que discutiu os problemas da rede Pernambuco-Bahia. Foi um debate que além de apresentar os problemas, definiu-se alguns encaminhamentos que serão pauta da reunião do colegiado da Rede (CRIE). Participação de representantes do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais da Pernambuco e Bahia, Secretarias Municipais de Juazeiro e Petrolina e do HU
2015	Blog Didi Galvão	Audiência Pública aponta saídas para o funcionamento adequado da Rede Interestadual de Saúde do Vale do São Francisco (Rede PEBA).	Audiência promovida pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Pernambuco (ALEPE) e Câmara de Vereadores de Petrolina. Dois pontos foram importantes, a destinação de recursos para implantação de serviços de urgência e emergência de traumas em Juazeiro e a construção de uma maternidade de baixa complexidade em Petrolina. Ministério da Saúde já encaminhou a verba para o Estado (PE) que busca um terreno e deve licitar a maternidade até dezembro.
2016	Ponto crítico	Comissão de Saúde da Câmara discute situação do HU	Reunião da Câmara de vereadores com a presença da secretária de saúde de Petrolina discutem a atual situação do HU, que vem passando por diversos problemas, devido à escassez de profissionais. A reunião aconteceu após o fechamento do portão do HU no último dia 12 de março. A direção da EBSRH afirmou que a situação é momentânea e que estão adotando medidas para resolver (contratação de profissionais por meio de um concurso nacional).
2016	Blog do Farnésio	Quer saber política	As equipes do Hospital Dom Malan (HDM) e da Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Especializada (UPAE) apresentaram a carta de serviços; o que atendeu a um desdobramento do fórum de debate que tem como objetivo discutir a RUE na região. Na próxima reunião será a vez de Juazeiro apresentar seus serviços.
2016	Ação popular net	Representantes do HDM e UPAE/IMIP participam do fórum com gestores da Rede PEBA	A iniciativa tem como objetivo discutir o serviço de urgência e emergência, desde o acesso de livre demanda à regulação.



2016	Notícia aberta EBSEH	Encontro discutiu os serviços de urgência e emergência da Rede PEBA	Os serviços de saúde apresentaram os seus perfis de atendimento e as principais dificuldades que enfrentam para prestarem atendimento à população. As instituições firmaram compromisso em garantir que cada unidade realize atendimentos de acordo com as suas especificidades. O objetivo é evitar que as unidades de referência regional não se sobrecarreguem com demanda de pacientes que devem ser atendidos pela Atenção Básica. A representante do HU também apresentou o modelo de classificação de risco que está em fase de implantação, o qual adota o protocolo de Manchester.
------	----------------------	---	---

Fonte: Elaboração dos autores a partir das notícias relacionadas a Rede vinculadas na internet, <https://jornaltribunadepe.wordpress.com/tag/rede-peba>, <http://www.didigalvao.com.br/audiencia-publica-aponta-saidas-para-funcionamento-adequado-da-rede-interestadual-de-saude-do-vale-do-sao-francisco>; <http://pontocritico.org/28/03/2016/comissao-de-saude-da-camara-discuti-situacao-do-hu>; <http://www.versaberpolitica.com.br/equipes-do-hdm-e-upaeimip-participam-de-apresentacao-dos-servicos-da-rede-peba/>; <http://acaopopular.net/jornal/representantes-do-hdm-e-upaeimip-participam-de-forum-com-gestores-de-saude-da-rede-peba/>; <http://www.ebserh.gov.br/hu-univasf/noticia-aberta/asset>