## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA

## TÂMARA CRISTINA DE SOUZA

# A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Os casos de Minas Gerais e Paraná

BELO HORIZONTE/MG 2021

## TÂMARA CRISTINA DE SOUZA

## A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Os casos de Minas Gerais e Paraná

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Orientador: José Angelo Machado

BELO HORIZONTE/MG 2021

## TÂMARA CRISTINA DE SOUZA

## A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Os casos de Minas Gerais e Paraná

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

## BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Angelo Machado (Orientador) - FAFICH/UFMG Prof. Dr. Paulo Victor Teixeira Pereira de Melo (Avaliador) - FAFICH/UFMG

Dedico este TCC a todos os gestores de saúde da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde da SES/MG, em especial à Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial por acreditarem neste trabalho e pelo importante papel desempenhado para transpor as barreiras da média complexidade, em busca de tornar a Atenção Ambulatorial Especializada efetiva e integral para a população mineira.

### **AGRADECIMENTOS**

O ato de agradecer é cumulativo. É tanto pelo qual agradecer e tantas pessoas queridas a agradecer ao longo de minha trajetória.

Agradeço a DEUS primeiramente, por me guiar e pelo alcance de mais esse objetivo.

Aos meus pais, Cleber e Marta pela criação, exemplo e comprometimento. E ao meu irmão, Otávio, pela companhia (agora, quase que) diária e troca de experiências neste lar.

Ao Guilherme, noivo e companheiro de aventuras, pela paciência, carinho, compreensão e pelas palavras de incentivo.

Às meninas da GP, Ju, Débora, Isa, Luísa e Cat, em especial à Pâmela, sobretudo, pela amizade, paciência e parceria. Da GP para vida!

Às gestoras estaduais e consultoras do CONASS, que gentilmente compartilharam suas experiências, anseios e sonhos para concretude de uma atenção ambulatorial especializada de acordo com os princípios do SUS.

Aos meus colegas de trabalho da CAEA, por enriquecerem minha jornada profissional e torná-la leve e bela.

Ao meu orientador, José Angelo, pela confiança e delicadeza de ensinar e orientar.

Espero estar ao nível dos colegas de graduação, profissionais e educadores que tive o prazer de cruzar no Campo de Públicas. Obrigada a todos que gentilmente foram inspiração, exemplo, escuta, colo, mão estendida e ombro amigo nesta jornada chamada Gestão Pública.

### **RESUMO**

O presente estudo, situado na temática da Gestão em Saúde, propõe-se a contribuir para a redução da lacuna de conhecimentos referente à quais têm sido as formas de estruturação da Atenção Ambulatorial Especializada pelos estados brasileiros, a partir de uma revisão de literatura analisada em diálogo com análise documental das legislações vigentes e entrevistas com gestores públicos de duas Secretarias de Estado de Saúde. Este trabalho procurou analisar os arranjos institucionais e capacidades estatais mobilizadas para implementação de políticas públicas voltadas para a Atenção Ambulatorial Especializada nos estados de Minas Gerais e Paraná. Pôde-se constar que esses arranjos não se configuraram sozinhos, sendo necessário capacidades instaladas, já existentes. Assim, foi verificado o quão dinâmicas são as capacidades estatais, além da importância das capacidades construídas previamente com a implementação de políticas anteriores.

**Palavras-chave:** Atenção secundária; Atenção ambulatorial especializada; Média complexidade ambulatorial; Arranjos institucionais; Capacidades estatais.

### **ABSTRACT**

The present study, located in the theme of Health Management, aims to contribute to reducing the knowledge gap related to the ways in which "Specialized Outpatient Care" has been structured by Brazilian states, based on a review of the analyzed literature. in dialogue with document analysis of current legislation and related to public managers of two Health State Departments. This paper analyzes the analysis of institutional provisions and resources mobilized for the implementation of public policies aimed at Specialized Outpatient Care in the states of Minas Gerais and Paraná. It could be seen that these arrangements did not configure themselves, requiring installed resources, which already exist. Thus, it was verified how dynamic they are as state resources, in addition to the importance of functions previously built with the implementation of previous policies.

**Keyword:** Secondary attention; Specialized outpatient care; Medium outpatient complexity; Institutional arrangements; State capabilities.

### LISTA DE SIGLAS

AAE Atenção Ambulatorial Especializada

AC Alta Complexidade

AE Atenção Especializada

APS Atenção Primária à Saúde

AS Atenção Secundária

CAEA Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial

CF Constituição Federal

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CIS Consórcio Intermunicipal de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS Conselho Estadual de Secretários de Saúde

ESF Equipe de Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MACC Modelo de Atenção as Condições Crônicas

MS Ministério da Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASA Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial

PDR Plano Diretor Regional

PES Plano Estadual de Saúde

PPI Pactuação Programada Integrada

RAS Redes de Atenção à Saúde

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SES-MG Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SESA-PR Secretaria de Estado de Saúde do Paraná

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Convergências da Atenção Ambulatorial Especializada	27
Figura 2 –	Modelo para analisar políticas públicas	35
Figura 3 –	Mapa político do Paraná com sua distribuição de regional e macrorregional	41
Figura 4 –	Organograma da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná	
Figura 5 –	Distribuição assistencial e administrativa da saúde de Minas Gerais	43
Figura 6 –	Organograma da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	44

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	As características do modelo PASA	31
Quadro 2 –	Critérios de Análise das Capacidades dos Arranjos Institucionais	36
Quadro 3 –	Apanhado dos Planos Estaduais do Paraná e Minas Gerais que envolvem a AAE	46
Quadro 4 –	Síntese dos arranjos e capacidades estatais da AAE	61

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇAO	12
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. REGULAT		RCOS 15
2.1.1.	O papel dos governos estaduais no Sistema Único de Saúde	20
2.1.2.	Plano de Saúde	21
2.2.	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
2.3.	ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - CONCEITO E ES	COPO 25
2.3.1.	Em busca de uma definição	25
2.3.2. Saúde	Atenção Ambulatorial Especializada integrada às Redes de Aten	ıção à 30
2.3.3.	O financiamento da média complexidade	32
3.	ENFOQUE TEÓRICO E METODOLÓGICO	35
3.1.	ARRANJOS INSTITUCIONAIS E CAPACIDADES ESTATAIS	35
3.2.	CAMINHO METODOLÓGICO	38
3.3.	LOCAIS DE ESTUDO	41
3.3.1.	Paraná e a Secretaria de Estado de Saúde	41
3.3.2.	Estado de Minas Gerais e sua secretaria de saúde	44
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
	O ARRANJO INSTITUCIONAL E AS CAPACIDADES ESTATA CAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE/PARA S ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA/MINAS GERAIS	
4.3.	DIMENSÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA	54
4.4.	DIMENSÃO POLÍTICO-RELACIONAL	59
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊN	NCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDIC	CE	73
ANEXO I	- ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES ESTADUAIS	74
ANEXO I	I -TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	76

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a criação do Sistema único de Saúde (SUS) em 1988, na seara da organização da assistência à saúde, observa-se enfoque e esforços principalmente para discussão em torno da Atenção Primária em Saúde (APS), seguido da Atenção Terciária sob óticas distintas. No entanto, entre estes dois pontos da assistência, há um nível de atenção intermediário, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), que não teve o mesmo tratamento por parte de pesquisadores e formuladores de políticas públicas de saúde, se atendo na questão da oferta e demanda, sem, contudo, promover debates mais aprofundados sobre suas especificidades que se passam no modo de produção do cuidado e sua interação com outros equipamentos e pontos da rede (ROCHA, 2014).

A AAE está incorporada na atenção secundária (AS), como nível de atenção à saúde intermediário, com grau de complexidade médio. Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011).

A maioria dos procedimentos classificados pelo MS para a média complexidade subsidia o esclarecimento do diagnóstico de doenças, o que justifica seu caráter estratégico e seu poder organizativo frente às ações que transcendem as competências da APS, de modo que a atenção especializada se define como verdadeiro anteparo para o bom desempenho do sistema de saúde. Dessa maneira, pode por um lado, avançar na qualidade da atenção, aumentando a resolutividade da APS e viabilizando a integralidade da atenção em serviços com especialização e tecnologias de alta densidade no sistema; como pode também constituir-se em nó crítico dos mais intrincados, envolvendo vazios não só tecnológicos e assistenciais, como também cognitivos (BRASIL, 2016b).

Essa lacuna tecnológica e assistencial se deve ao grau de complexidade e especialização que envolve as ações da AAE. De tal forma, que este nível de atenção acaba por apresentar elevado custo fixo, sendo necessária a utilização de estratégias para obter economia de escalas e, assim, uma alocação eficiente de recursos. Então, dentre as estratégias para organização e financiamento do SUS está o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é o instrumento que estabelece a regionalização hierárquica da assistência à saúde em cada estado da federação, com o objetivo de direcionar a descentralização da rede de serviços para promover o acesso dos

usuários aos serviços, considerando os princípios da equidade, integralidade e economia de escala e escopo. Neste recorte, destaca-se as microrregiões de saúde, como base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de Alta Complexidade (AC), caso da Terapia Renal Substitutiva constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 100.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) (MINAS GERAIS, 2020a). Além do PDR, conta-se com a Programação Pactuada Integrada (PPI), no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada através da pactuação de metas físicas e financeiras (BRASIL, 2011).

Em face a regionalização e hierarquização previstas pela Constituição Federal (CF) de 1988 e esmiuçada na Portaria 366/2006 - Pacto pela Saúde, as ações e serviços de saúde de média complexidade devem ser atribuídas de acordo com o que foi pactuado e/ou a complexidade da rede de serviços localizada no território.

Já como forma de superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, e consequente qualificação da gestão do cuidado no contexto atual que caracteriza parte do vazio cognitivo relatado, foi publicada a Portaria 2.966/2010, em que se estruturam as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A AAE constitui um dos pontos integrados dessa Rede com finalidade distinta, caracterizada pela especialização do cuidado.

Com tudo exposto, os estados e municípios são considerados gestores de saúde de forma que não haja sobreposição entre as atribuições destes entes federados. No entanto, é responsabilidade do gestor estadual a coordenação, regulação e desenho das redes no âmbito intermunicipal, pautadas pelo planejamento de necessidades e prioridades de saúde, locais ou regionais, e não pelo estímulo externo ou de prestadores, decorrente das necessidades empresariais do setor (BRASIL, 2011). Dentro desse entendimento, há certo consenso de que a gestão da AAE e fomento às ações de média complexidade se constitui como desafio no SUS, complexo, permeado por relações sociais de competição e conflitos entre os atores participantes, sejam governamentais ou privados (DOMINGOS *et al*, 2019).

Considerando também, que os arranjos institucionais são compreendidos como regras específicas que os agentes estabelecem para suas transações econômicas ou nas relações políticas e sociais, e que definem a forma de coordenação de processos em campos específicos,

este trabalho tem como objetivo geral analisar como diferentes arranjos institucionais são estruturados nos estados brasileiros para organização da atenção ambulatorial especializada e quais têm sido as capacidades estatais mobilizadas. Já como objetivos específicos, busca-se analisar as principais ações e produtos desenvolvidos para organização da média complexidade ambulatorial, bem como, verificar as oportunidades encontradas e dificuldades enfrentadas neste processo.

Espera-se assim, contribuir para a apresentação de aspectos relevantes acerca da organização dos estados na implementação de políticas públicas de saúde no Brasil voltadas para a atenção ambulatorial especializada, indicando pontos proeminentes para a efetividade da implementação. E para realizar esses objetivos, optou-se neste trabalho pelo estudo de dois casos com Paraná e Minas Gerais.

Para melhor encadeamento das questões relevantes para discussão desses arranjos institucionais atribuídos à estruturação da AAE em âmbito estadual foram organizados os seguintes capítulos:

Além deste capítulo introdutório, no Capítulo 2 agrupa-se o referencial teórico mobilizado para discussão dos arranjos institucionais verificados nos estados brasileiros. Há uma abordagem do Sistema único de Saúde, com os pontos que direcionam a organização desse sistema, seguida da conformação das redes de atenção à saúde, além de situar a atenção ambulatorial especializada no mesmo.

Conseguinte, no terceiro capítulo, se faz necessário situar o entendimento de arranjos institucionais, sob a perspectiva das capacidades estatais necessárias para a implementação de uma política pública em busca da construção de um referencial para a investigação de campo, bem como apresentar o desenho metodológico da pesquisa e a descrição dos cenários escolhidos para análise: estados de Minas Gerais e Paraná.

Na sequência, estão os resultados e discussão dispostos no Capítulo 4, evidenciando os arranjos institucionais e as capacidades estatais e seus inter-relacionamentos nas políticas da AAE, desdobrando-as em técnico-administrativa e político-relacional. Por fim, apresentam-se as considerações finais deste trabalho.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem por objetivo acionar argumentos analíticos subjacentes à análise que será realizada. Inicia-se com a apresentação de como está estruturado o SUS, posteriormente, as Redes de Atenção à Saúde e como a Atenção Ambulatorial Especializada se insere nesse sistema, para tanto está dividido em 3 seções. Na primeira é abordado os principais marcos regulatórios que contribuíram para o arranjo institucional do SUS. Na segunda seção é exposta a estrutura das RAS como solução para efetivação dos princípios doutrinários e diretrizes do SUS. Finalizando, a terceira seção aborda os desafios e nuances para conceituar a AAE e situála nas RAS.

## 2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: TRAJETÓRIA E MARCOS REGULATÓRIOS

Antes da institucionalização do SUS em 1988, a política de assistência à saúde era vinculada à política previdenciária, em uma relação corporativista e restrita à classe trabalhadora inserida no mercado de trabalho formal, dependente da contribuição financeira desses beneficiários ao sistema de previdência, e, por sua vez, com forte apelo clientelista com o setor privado de prestação de serviços de saúde (COSTA, 2011).

As proposições de reforma da saúde até chegar no formato dos dias de hoje tiveram início na década de 1980, visavam democratizar o acesso, diminuir os custos da assistência médica previdenciária e a centralização decisória no âmbito da esfera federal por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), órgão executivo do governo federal e responsável pela gestão da assistência médica e previdência social, instituído na década de 1970. A assistência era restrita aos trabalhadores contribuintes da previdência social, voltada para uma lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros baseada na produção de procedimentos. Tal lógica, não só favorecia provedores privados, sobretudo a indústria hospitalar e farmacêutica, como capitaneava seus interesses, munindo o setor privado de poder sobre a formulação de políticas nacionais de saúde (BRASÍLIA, 2011; LOTTA, 2019).

Nesse contexto, surge a partir do final da década de 1970 o movimento sanitário que defendia a universalização da cobertura, a extensão de programas preventivos e de atenção básica à população mais necessitada, o aumento do controle sobre os provedores privados e, sobretudo, a descentralização. O ponto alto do movimento em defesa de uma unificação do sistema de saúde se deu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que pavimentou o

caminho para a aprovação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987. Este, por sua vez, embasou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988 (LOTTA, 2019). Com fins de promover acesso universal e igualitário, composto por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 (\*). As ações e serviços públicos de saúde integram uma <u>rede</u> <u>regionalizada e hierarquizada</u> e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – <u>atendimento integral</u>, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(BRASIL, 1988 – grifo próprio (\*) Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Dessa forma, o acesso à saúde passou a ser garantido sem o condicionante da inserção prévia e formal no mercado de trabalho, mas como direito subjetivo fundamental do cidadão, institucionalizado em diretrizes gerais. O SUS, passa a ser dividido em princípios doutrinários e organizativos, sendo a universalidade, a integralidade e a equidade enquadrados como princípios finalísticos. A universalidade visa o atendimento a todas as pessoas sem qualquer distinção, seja social ou econômica, por exemplo. Já a equidade, leva em consideração a existência de desigualdades entre pessoas e grupos sociais, além do reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas, então, reconhece a igualdade no atendimento de todos os cidadãos perante o Sistema Único de Saúde. Por fim, a integralidade diz respeito à combinação de ações de saúde voltadas ao mesmo tempo para a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (MATTA, 2007).

Diante tamanha mudança de paradigma e do arcabouço do SUS com seus princípios citados acima, foi necessário posteriormente viabilizar sua regulamentação, que ocorreu somente a partir de 1990, por meio das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142. Assim, através do detalhamento das Leis Orgânicas fizeram valer os princípios finalísticos, dentre outros aspectos,

por meio dos princípios organizativos, de forma a estruturar a organização do Sistema. Eles estão divididos em regionalização e hierarquização, controle social e descentralização (MATTA, 2007).

A lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 detalha a organização do SUS, e a descentralização político-administrativa é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, o que acaba por acarretar na redistribuição de poder, competências e cursos em direção aos municípios. Trata, ainda, das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo promover o atendimento integral à população, com destaque para a vinculação de saúde atrelada não à doença, mas interligada às condições de bem-estar físico, mental e social como dimensão essencial para o crescimento e desenvolvimento do ser humano no contexto social e de vida em sociedade (BRASIL, 1990a).

Já a lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, as transferências de recursos da área de saúde entre os governos, além de condicionar o repasse de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento de acordo com a legislação (BRASIL, 1990b).

Dessa forma, a descentralização citada nos marcos normativos do SUS corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para as estaduais e municipais, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição de 1988. Ressalta-se os mecanismos e estratégias que organizam e regulam essa descentralização como diretriz do SUS, composto por instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo (MATTA, 2007).

Essas instâncias de representação colegiada popular, seja por meio de conselhos ou conferências de saúde nas três esferas de governo, dão o tom para o princípio da participação da comunidade, sendo considerado um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no SUS, para a participação e controle social no campo da saúde (MATTA, 2007).

Quanto aos princípios de regionalização e hierarquização, dizem respeito a uma organização do sistema que deve focar em um maior conhecimento das necessidades de cada território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social. Ou seja, aproximam a gestão municipal dos problemas de saúde de seus munícipes, proporcionando ações e serviços de saúde compatíveis com a realidade local, com um acesso mais assertivo e resolutivo para a população. Ressalta-se que a regionalização deve ser norteada pela hierarquização dos níveis de complexidade requerida pelas necessidades de saúde de cada indivíduo (MATTA, 2007).

Assim, a hierarquização da rede pode ser vista no âmbito dos procedimentos médicos (consultas, exames, cirurgias), que são organizados em níveis de complexidade tecnológica nas categorias de atenção primária, média e alta complexidades. Já quando se leva em consideração os locais de atendimento dos usuários, estes são hierarquizados em unidades primárias (postos de saúde, ambulatórios), secundárias (policlínicas, centros de especialidades) e terciárias (hospitais gerais e especializados). Portanto, a hierarquização visa reconhecer a complexidade do processo de trabalho em saúde em seus diversos ambientes, estabelecendo fundamentalmente os fluxos necessários de organização e orientação da rede de serviços presentes no SUS, orientadas pelo princípio da integralidade. (MATTA, 2007; GÖTTEMS e PIRES, 2009).

Na sequência de atos normativos, para superar lacunas constitucionais existentes, o Ministério da Saúde (MS) editou uma série de Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB 96, editada pela Portaria n.º 2.203, de 6 de novembro de 1996, fixou condições de gestão para esferas de governo, além de estabelecer mecanismos de planejamento, pactuação e cooperação intergestores, como a Programação Pactuada e Integrada, em que foram expressas as responsabilidades do estado e dos municípios para a assistência à saúde da população, organizada de modo regionalizado, hierarquizado e integrado, definindo os serviços oferecidos em cada território, a organização da rede de saúde, e também os limites financeiros destinados à assistência da população em seu município de origem, quanto da população referenciada para atendimento em outros municípios. A PPI norteia o acesso dos usuários aos atendimentos de média e alta complexidade (MORAIS, 2019; MINAS GERAIS, 2021)

Posteriormente, foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), com destaque para NOAS-SUS 01/2002, responsável pela introdução de ferramentas de planejamento e programação em saúde, tal como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que estabelece essa regionalização hierárquica em cada estado da federação, com o objetivo de direcionar a descentralização da rede de serviços para promover o acesso dos usuários aos serviços, considerando os princípios da equidade, integralidade e economia de escala (MINAS GERAIS, 2020a). Mendes, (2011, *apud* Morais, 2019) o considera como primeiro instrumento gerencial, de fundamental relevância para a governança das redes de atenção à saúde, servindo como a base para a organização da assistência à saúde nos territórios.

Ressalta-se a importância desses dois instrumentos, PDR e PPI, no papel do governo estadual e na articulação federativa, como regulador e garantidor dos pactos firmados, uma vez que são coordenados por estes entes e representam iniciativas que identificam o arranjo institucional do SUS, que favorecem não só a descentralização como a cooperação

intermunicipal (MORAIS, 2019).

Outro importante marco normativo para o SUS, segundo Menicucci *et al*, 2018, foi a Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que proporcionou uma evolução incremental frente às normas antecedentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão, além da redefinição de responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades da população e na busca da equidade social através do Pacto Pela Saúde, composto por três eixos: o Pacto pela Saúde: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

No Pacto pela Vida firmou-se o compromisso entre os gestores do SUS em prol de campos prioritários definidos pelas três instâncias federativas e de análise da situação de saúde da população brasileira. Em seguida, o Pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas também pelos três entes federados para reforçar o SUS como política de Estado que perpassa governos e consolida os princípios basilares da CF 1988. Já, no Pacto de Gestão do SUS houveram alterações nas regras anteriores com vistas a diminuir as competências concorrentes entres os entes, reforçar a estratégia da descentralização, da regionalização e da territorialização da saúde, com foco na cooperação intermunicipal, contribuindo para o fortalecimento da denominada gestão compartilhada e solidária do SUS, além de reiterar a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação (BRASIL, 2006; MENICUCCI et al, 2018).

Deste modo, o Pacto pela Saúde foi importante instrumento para fomentar, a construção de sistemas regionalizados de atenção à saúde, a fim de promover a eficiência na aplicação dos recursos investidos e ampliar o acesso a serviços, uma vez que é inevitável que se extrapole os limites territoriais municipais, permitindo a centralização de determinados procedimentos e/ou consultas em alguns municípios polos de atendimento com o estabelecimento de pactos de acesso entre municípios, sob a coordenação dos governos estaduais (BRASIL, 2006; MENICUCCI et al, 2018).

Perante o processo de regionalização, verifica-se mais um avanço com a promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização de redes temáticas de assistência à saúde, com a definição de territórios sanitários regionais e de pontos de atenção à saúde organizados segundo complexidade e com diferentes funções na assistência em saúde (BRASIL, 2011).

Assim, o SUS foi concebido como um sistema nacional de saúde, ou seja, como um conjunto, cujas partes apesar de serem consideradas entes federados autônomos, precisam encontrar-se coordenadas entre si, funcionando segundo uma estrutura organizada, submetida

a princípios e diretrizes fixados legalmente. E devido a este grande desafio de interlocução entre entes federados, os arranjos federativos no SUS, ao passo que se aprimoram ao longo dos anos, são reconhecidos pela literatura como vanguarda em processos que promovem intensas relações intergovernamentais (MENICUCCI, 2014 *apud* MORAIS, 2019).

## 2.1.1. O papel dos governos estaduais no Sistema Único de Saúde

Diante do recorte do trabalho para compreensão de políticas públicas voltadas para AAE no âmbito dos governos estaduais, faz-se necessário evidenciar o papel deste ente federado na organização da saúde. Como exposto nos parágrafos anteriores, o SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nos princípios organizativos de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização; além da participação da comunidade.

Assim, as respectivas responsabilidades de cada uma das três esferas gestoras, seja a federal, estadual e municipal são legalmente estabelecidas. Nesse processo de descentralização e definição do papel de cada ente federativo deve-se considerar: as desigualdades existentes no Brasil; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde, além das características do federalismo brasileiro (BRASIL, 2003).

Com a implantação do SUS, os estados, representados por suas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) passaram a ter um novo papel, de tal modo, passaram a ser gestores de saúde. Esta gestão se dá no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento apenas da rede própria de prestação de serviços ou de prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob gestão estadual, ou ainda de alguns programas assistenciais (BRASIL, 2003).

Trata-se, assim, de responsabilidades compartilhadas entre os gestores das três esferas. Considerando os objetivos desta monografia, será dada ênfase à abordagem das responsabilidades no âmbito da gestão estadual. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um dos papéis fundamentais das SES é o de coordenar o processo de implantação do SUS no respectivo estado. Para tanto, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada com as outras duas esferas de governo, além das instâncias de controle social, representadas pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Conferência Estadual de Saúde (BRASIL, 2003).

No que diz respeito aos municípios, a relação do gestor estadual deve ser de coordenação

e avaliação, não havendo uma hierarquia entre ambos ou a subordinação dos municípios à SES. Dessa forma, a relação com os municípios tem como ambiente de negociação e decisão política a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), onde as decisões, tais como implementação de programas, alocação de recursos financeiros, devem ser deliberadas e tomadas por consenso. Ressalta-se que a composição da CIB, no âmbito estadual, é distribuída paritariamente entre dirigentes da SES e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (COSEMS) (BRASIL, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece uma série de atribuições comuns entre as esferas de governo e específicas para cada ente, com ênfase para a gestão do SUS estadual:

(...) aos estados, cabe a promoção da articulação sistêmica, planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde; monitoramento e avaliação das redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS, elaboração e sistematização dos planos de médio e longo prazo no âmbito estadual; fornecer apoio técnico e financeiro aos municípios nas ações de descentralização e coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros (BRASIL, 2016a, p. 40, grifo próprio).

Aqui, destacou-se três competências específicas dos estados relevantes para a compreensão dos arranjos institucionais implementados para a atenção ambulatorial especializada nos estados, visto que se relacionam diretamente com os atributos necessários para fomento da AAE (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2010; BRASIL, 2016a).

## 2.1.2. Plano de Saúde

Para Matus, 1993 *apud* Papi (2020) o planejamento é um dos principais instrumentos políticos e organizacionais de um Estado, uma vez que se propõe a projetar o futuro de modo sistemático, propondo objetivos estratégicos e formas de viabilização do mesmo, mirando a mudança social.

Como atribuição comum das três esferas de gestão do SUS, segundo a Lei nº 8.080/90, destaca-se o planejamento das atividades e a elaboração das programações por cada ente, com a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde. Por plano entende-se, um documento que sistematiza o planejamento e a forma como será realizada a gestão das instituições e organizações e se refere ao nível de grandes objetivos e eixos estratégicos de ações que expressam compromissos de longo prazo. Um plano deste tipo constitui-se de vários programas

e projetos que serão desenvolvidos num determinado período de tempo, indicando a sequência das ações, as principais providências, os responsáveis, dentre outras informações. (BRASIL, 2002).

Os Planos de Saúde, seja o nacional, os estaduais e os municipais, são um dos principais instrumentos de planejamento da gestão do SUS e têm como objetivo orientar as políticas públicas no quadriênio, com base nas necessidades de saúde de sua população e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A partir da análise situacional do território, de forma regionalizada, são definidas as diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas para o período de e identificada as estratégias para o monitoramento e a avaliação das metas previstas através de indicadores. Assim, o Plano de Saúde apresenta as intenções políticas e os resultados a serem buscados no quadriênio, baseado em deliberações coletivas, sendo a expressão escrita das políticas públicas, dos compromissos e da priorização dos problemas do estado de saúde da população, seja no recorte municipal, estadual ou federal a fim de que se concretize o processo de conversão de políticas em ações que terão consequências sobre determinado aspecto da realidade social. (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o planejamento, aqui expresso na elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) contribui para a capacitação do estado para consecução dos seus objetivos.

## 2.2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Essa seção tem como objetivo apresentar como se deu a constituição das Redes de Atenção à Saúde como elemento essencial para cumprimento dos princípios do SUS.

Desta maneira, considerando tamanha diversidade de contextos socioeconômicos, sobretudo desiguais entre as regiões do Brasil, com destaque para as necessidades de saúde de cada população. Há de se considerar ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doenças que envolvem a persistência de problemas e doenças características de países subdesenvolvidos, como doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, alto índice de mortalidade materna-infantil por causas consideradas evitáveis; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco; além do crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito (BRASIL, 2010).

Em meio a tal carga tripla, observa-se a ascensão das condições crônicas, que trouxe a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo dessas condições crônicas em concomitância com o atendimento das condições agudas junto às prioridades da agenda de

saúde (BRASIL, 2010; BRASIL 2017).

O contexto exposto é agravado pela extrema fragmentação dos serviços de saúde, principalmente pelo elevado peso da oferta privada com seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde, além do desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que caracterizam o processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010; BRASIL 2017).

Assim, mais que a definição de competências entre os entes federados e descentralização para os municípios, se faz necessário que se garanta a integralidade do cuidado com continuidade deste nos níveis de atenção que se fizerem necessários. E apesar dos avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, há ainda pontos a serem superados, dentre eles a dificuldade em transpor a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a atenção e a gestão em saúde.

Como proposta de organização a fim de superar esses problemas no SUS, surgem as Redes de Atenção à Saúde, expressa por dois marcos legais. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que define a RAS como uma forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado. Outra normativa que favoreceu a modelagem de redes de atenção à saúde já em 2006, foi o Pacto de Gestão, com a regionalização que visa definir metas sanitárias e integrar as ações de promoção da saúde, da atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além da vigilância em saúde (DAMACENO *et al*, 2020).

A Portaria nº 4.279/2010 promoveu a implementação RAS em torno de prioridades estabelecidas de acordo com diretrizes clínicas ou organizativas, com destaque para as redes materno-infantil, de atenção psicossocial, de doenças crônicas, urgência e emergência e de cuidados à pessoa com deficiência, definidas como redes temáticas. Posteriormente, esta portaria foi revogada através da Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que passou a regulamentar as redes.

Nessa esteira, conforme a Portaria de consolidação nº 3/2017, as RAS são tidas como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" e constituída por três elementos fundamentais: a população e as regiões de saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Complementando, Mendes, 2011 conceitua as RAS como sendo organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que garante a oferta de uma atenção contínua e integral população estabelecida e discriminada. A APS com responsabilidades sanitária e econômica é a coordenadora e ordenadora das redes visando a prestação de uma assistência oportuna, ou seja, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade.

A organização em redes foi concebida como uma resposta para a garantia do acesso e qualidade a toda população, por meio de oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência. Deste modo, a regionalização deve ser baseada em territórios compatíveis com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em microrregiões (DAMACENO *et al*, 2020).

Assim, a organização do SUS em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação produzindo impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nesse processo, o desenvolvimento das RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

No entanto, cabe ressaltar, que a proposta das RAS se originou das experiências de sistemas integrados de saúde surgidas na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos, e com avanço pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá, até posteriormente atingir alguns países em desenvolvimento, tais como o Brasil. Assim, observa-se certa imaturidade decorrente da implementação recente de tais conceitos e práticas, o que acarreta, em geral, na dificuldade da efetivação da base teórica na prática da constituição efetiva das RAS, bem como a articulação entre os pontos da rede e o planejamento como ferramenta importante na estruturação (EVANGELISTA et al, 2019).

Neste sentido, foram estruturadas redes de atenção à saúde temáticas, organizadas a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam a população, priorizando algumas linhas de cuidado. Assim, após pactuação tripartite, em 2011 da Portaria que estruturou as RAS, foram priorizadas as seguintes redes temáticas:

 Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas).
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Por fim, segundo Damaceno *et al*, 2020, apesar das RAS estarem regulamentadas, o desafio para sua consolidação há de superar questões como a alocação de recursos para atender às necessidades assistenciais, a relação entre as esferas governamentais e suas atribuições no contexto da descentralização da saúde, na gestão intergovernamental e na integração em um modelo assistencial no qual a APS tenha centralidade.

O modelo de financiamento burocrático e fragmentado ainda existente, é conflitante com elementos conceituais das RAS, tais como ações planejadas, programadas e pactuadas. Para assegurar esta proposta, faz-se necessário a criação de mecanismos formais de contratualização de serviços e ações nos diferentes níveis de atenção, entre reguladores e prestadores de serviços (DAMACENO *et al*, 2020).

## 2.3. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - CONCEITO E ESCOPO

Nesta seção busca-se contextualizar o nível de atenção preterido no trabalho, a Atenção Ambulatorial Especializada e expor sua relevância para o SUS.

## 2.3.1. Em busca de uma definição

Ao buscar pesquisas relevantes em Atenção Ambulatorial Especializada, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde e com a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2016b). Autores como Canonici, 2014, Rocha, 2014 e Mendes *apud* Brasil, (2016b) se debruçaram sobre a literatura em busca de um conceito e escopo para a Atenção Ambulatorial Especializada. Realizaram pesquisa em bases de dados, endereços eletrônicos institucionais, manuais e legislações, com isso, chegaram na constatação de que a disponibilidade de material conceitual sobre a AAE é escassa.

Canonici, 2014 e Rocha, 2014 destacam essa dificuldade já na etapa inicial de revisão bibliográfica, em que na própria indexação de palavras-chave em bases de dados comumente empregadas, não há descritor catalogado para a expressão "atenção especializada" e suas variantes em inglês. Contudo exposto, infere-se que a AAE é uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde.

Ainda Canonici, 2014, afirma que a atenção especializada, para o senso comum, é tratada como sinônimo de consultas e exames especializados. Por vezes, sendo compreendida por exclusão, ou seja, tudo que não é abarcado pela APS, e também pela alta complexidade (AC) (BRASIL, 2011a).

Assim, diante tamanha imprecisão conceitual, é útil destacar o Informe Dawson, publicado na Inglaterra em 1920, que é considerado o principal marco na definição de rede de atenção à saúde, com uma atenção especializada organizada no contexto de um sistema de saúde, tendo cunhado as expressões de atenção primária e secundária como sendo níveis de atenção em saúde necessários para proporcionar de forma sistemática os serviços de saúde que deveriam estar à disposição dos habitantes de um território delimitado e conforme as necessidades de sua comunidade (CANONICI, 2014 E ROCHA, 2014). Ao Informe Dawson coube também, introdução do conceito de territorialização dos sistemas de saúde como um todo, além de indicar a necessidade de articulação entre a saúde pública e a atenção individual (DAMACENO *et al*, 2020).

No Brasil, também é comum o uso das expressões "atenção secundária" e "nível secundário", sobretudo em livros texto de referência da Saúde Coletiva e documentos técnicos de diferentes organizações da área da saúde. No entanto, recentemente, observa-se uma maior difusão do termo atenção especializada, decorrente da substituição da noção de que esse tipo de cuidado se daria num nível ou lugar para um conjunto de competências especificas, independente de local (ROCHA, 2014).

Outro aspecto a salientar, diz respeito ao nível de complexidade da atenção especializada. O Ministério da Saúde em 2009, através do seu material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, define a média complexidade de forma similar às expressões atenção especializada e secundária relatadas anteriormente, como sendo:

Ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009. p.207).

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) são os seguintes (BRASIL,2009, BRASIL, 2011a):

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
  - Cirurgias ambulatoriais especializadas;
  - Procedimentos traumato-ortopédico;
  - Ações especializadas em odontologia;
  - Patologia clínica;
  - Anatomopatologia e citopatologia;
  - Radiodiagnóstico;
  - Exames ultrassonográficos;
  - Diagnose;
  - Fisioterapia;
  - Terapias especializadas;
  - Próteses e órteses;
  - Anestesia.

Importante também observar que a Atenção Especializada abarca tanto a alta complexidade quanto a média complexidade. Outro ponto, é da noção de que a atenção especializada ambulatorial está compreendida dentro da atenção ambulatorial, que corresponde à soma da atenção primária e secundária (CANONICI, 2014). Assim, a AAE compreende a fração ambulatorial da média complexidade dentro do universo atenção especializada e atenção ambulatorial (Figura 1).

Figura 1 – Convergências da Atenção Ambulatorial Especializada



Fonte: Elaboração própria

Quanto aos locais que prestam serviços ambulatoriais especializados, observa-se uma grande variedade na literatura, com diferentes denominações, tais como: centro ou ambulatório de especialidades médicas, núcleo de especialidades da saúde, centro de referência especializada, policlínicas, entre outros (ROCHA, 2014). Essa variedade de denominações reflete a diversidade de contextos e estruturas encontradas para estes serviços, e é fruto da trajetória histórica desses serviços, sendo que na maior parte dos estados os procedimentos de média e alta complexidade foram contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, organizados e financiados com base na lógica de oferta de procedimentos (BRASIL, 2011a). Além disso, muitos municípios tentaram construir sistemas de saúde municipais autônomos, expandindo a rede municipal, no entanto sem preocupação em promover uma articulação regional, bem como, sem observar o perfil epidemiológico da população e a necessidade de se ter economia de escala, levando a serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam, muitos, ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente (BRASIL, 2011; SOLLA e CHIORO, 2012).

Por fim, de um modo genérico, Canonici, 2014 relata haver certa equivalência entre atenção especializada ambulatorial e atenção secundária, entretanto, destaca-se que ações do escopo da atenção secundária estão frequentemente vinculadas à serviços hospitalares, exigindo precaução ao tratar os dois termos como estabelecer essa relação equivalente.

Assim, nota-se que a atenção especializada é multifacetada, podendo ser entendida e ao mesmo tempo delimitada também pelo seu local de atuação, como sendo o território estratégico

de intervenção do sistema de saúde em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, com uso de tecnologias especializadas (SOLLA e CHIORO, 2012). Na legislação brasileira, com o decreto nº 7.508/2011, o termo AAE foi destacado como uma das ações e serviços mínimos necessários para uma região de saúde, além da Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, e Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011b). E deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo economia de escala para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (SOLLA e CHIORO, 2012; ALMEIDA *et al*, 2019).

Já no que se refere ao público alvo da atenção especializada, está restrito a uma parcela da população total, um subconjunto que apresenta, naquele instante, a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos (SOLLA e CHIORO, 2012).

Deste modo, considerando seu papel no escopo assistencial e seu poder organizativo frente às ações que transcendem as competências da APS, a atenção ambulatorial especializada se define como verdadeiro anteparo para o bom desempenho do sistema de saúde. Sendo que a maioria dos procedimentos classificados pelo MS para a média complexidade subsidia o esclarecimento do diagnóstico de doenças, o que justifica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolutividade da APS, quanto para viabilizar e garantir a integralidade da atenção em serviços com especialização e tecnologias de alta densidade no sistema.

Desta forma, a AAE auxilia na qualidade da atenção se bem organizada e operante, do contrário, pode evidenciar-se como um nó crítico dos mais complexos, tanto para gestores, pesquisadores, quanto para a sociedade em geral, com destaque para duas dimensões fundamentais deste problema: constitui, ao mesmo tempo, um vazio assistencial e cognitivo; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde; distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, concretizando a integralidade no SUS (BRASIL, 2016b).

Outro vazio evidenciado para a AAE, diz respeito ao normativo. Destaca-se que diferentemente da APS, que desde a criação do SUS em 1988, foi foco de esforços e discussão com a publicação de uma série de atos normativos. A Portaria nº 2.488/2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e mais recentemente com a Portaria nº 2.436/2017 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica. No âmbito do SUS, não houve o fomento de políticas nacionais voltadas para AAE por parte Ministério da Saúde, sem a publicação de normativas específicas que induzam a organização e proponham princípios e diretrizes para este nível de atenção. Além de aporte financeiro e configuração de financiamento que vá de encontro com o que foi exposto nesta seção para a AAE como ponto de atenção integrado dentro da rede.

Por fim, insta salientar que o foco deste trabalho, está na atenção ambulatorial especializada de nível secundário, que se institui para responder socialmente às condições não agudizadas no SUS e foi assumido como sinônimos as expressões "atenção secundária" "média complexidade" e "atenção ambulatorial especializada". Além disso, excluiu-se da análise e discussão os ambulatórios de consultas especializados, vinculados ou gerenciados por hospitais, assim como os ambulatórios específicos, tais como: Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Centro Especializado em Reabilitação-CER, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, ambulatórios de hemodiálise isolados.

## 2.3.2. Atenção Ambulatorial Especializada integrada às Redes de Atenção à Saúde

Documento recente do CONASS (BRASIL, 2016b) abordou como, na prática, a AAE está inserida em sistemas fragmentados de atenção à saúde, como um espaço institucional sem comunicação e coordenação com outros serviços ambulatoriais e hospitalares, resultando em baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas. Em contrapartida, é premissa das RAS que os pontos das redes, nos diferentes níveis de atenção à saúde tenham comunicação e interdependência entre eles com coordenação exercida pela APS em um território definido.

Dessa forma, para uma reorganização da AAE sob à ótica das RAS, deve-se levar em consideração dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS, em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas, com objetivo de integrar recursos humanos, materiais e informações necessários para dar suporte às atividades dentro e entre os diferentes pontos de atenção à saúde. O Segundo pilar, reflete a construção da AAE como ponto de atenção secundária ambulatorial de uma RAS coordenada pela APS, ou seja, níveis de atenção à saúde com papéis definidos e complementares, integrados e comunicantes (BRASIL, 2016b).

Além disso, uma AAE bem organizada deve ser baseada em seu papel interconsultor,

em que os especialistas que dispõe atendam a necessidade de público devidamente estratificado, seja via consultas, interconsultas compartilhadas com APS ou discussão de caso, por exemplo. Dessa maneira, busca-se garantir melhor atenção à saúde e reduzir a sobrecarga da agenda da unidade de AAE, com elevado número de consultas de retorno, e vinculação definitiva de pacientes com especialistas em detrimento de generalistas na APS (BRASIL, 2016b).

Outro fator preponderante para que a AAE de fato cumpra seu papel nas RAS, diz respeito a operar com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado especializado interdisciplinar, e não apenas centralizadas na consulta médica individual e presencial. De tal modo que a equipe da AAE para além das consultas individuais que resultam em um plano de cuidado compartilhado, também são responsáveis por supervisionar as equipes da APS, pela função educacional, bem como participar de processos de educação permanente na AAE e na APS, além de desenvolver pesquisas sobretudo, clínicas (BRASIL, 2016b).

A AAE deve ter porta fechada para seus atendimentos com regulação da APS, considerando as necessidades de saúde da população cadastrada em território adscrito com base em diretrizes e protocolos clínicos baseados em evidência para devida estratificação de risco. Assim, com os níveis de risco dos usuários identificados, conforme cada condição crônica, é possível estabelecer a concentração de cuidados profissionais em tempo e lugar oportuno (BRASIL, 2016b).

Dessa forma, os elementos explicitados acima para constituição de uma AAE integrada às RAS, apontam para sua organização fragmentada, isolada dos outros pontos de atenção e com baixo grau de comunicação implicam na necessidade de instituir um novo modelo organizativo da AAE, denominado em documento do CONASS (BRASIL, 2016b) como modelo de organização em redes ou modelo PASA — Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial, com suas principais características sintetizadas no Quadro 1.

Esse modelo de atenção à saúde é compreendido como sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando as relações entre os componentes dessa rede sob coordenação da atenção primária com cuidado compartilhado e responsabilidade solidária (BRASIL, 2016b).

Quadro 1 - As características do modelo PASA

	MODELO PASA
Gestão de base populacional.	

Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção.

Sistema fechado.

Governo compartilhado com a APS.

Programação feita na APS com estratificação de risco.

Acesso regulado diretamente pela equipe de APS na unidade de AAE.

Atenção focada no cuidado multiprofissional interdisciplinar.

Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto.

O produto da unidade é um plano de cuidado feito por uma equipe interdisciplinar.

Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências e compartilhadas entre generalistas e especialistas.

Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS.

Utilização rotineira das ferramentas de gestão da clínica.

Atenção com plano de autocuidado compartilhados entre generalistas e especialistas.

Função assistencial, de supervisão, educacional e de pesquisa.

Ausência de efeito velcro.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016b, p. 42

## 2.3.3. O financiamento da média complexidade

O financiamento do SUS é um problema complexo que perpassa todo o país. É evidente que a grave condição de subfinanciamento instalada constitui fator limitante na procura por saídas efetivas para a crise enfrentada no sistema e, consequentemente, para a implantação efetiva das RAS. Além das implicações diretas decorrentes do incipiente volume de gastos em saúde pública, é notável o desalinhamento dos incentivos econômicos com os objetivos de atenção integral e integrada.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, como determina a Constituição Federal de 1988. No que se refere à responsabilidade

da União, as transferências de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios estão disciplinadas pela portaria ministerial nº 204 de 29 de janeiro de 2007, cujo texto foi transcrito para a Portaria de Consolidação nº 6, com a modificação dada pela Portaria GM/MS nº 3992/2017, que transforma o que eram blocos em grupos de financiamento que integram um único bloco de custeio, incluindo o que se destina às ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, conhecido como Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou Teto MAC (BRASÍLIA, 2011).

Dessa maneira, o bloco de financiamento "Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar" é composto por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2009).

No que se concerne a média complexidade, ressalta-se que no Brasil, historicamente privilegiou-se o setor privado na expansão dos serviços de atenção especializada, em particular os de alta complexidade, contribuindo para que interesses privados determinassem o padrão de oferta para o sistema, pois, de uma maneira geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades de atenção especializada dos usuários do SUS (SOLLA e CHIORO, 2005).

Assim, a AAE possui uma oferta fortemente iníqua, ora insuficiente, ora má dimensionada e distribuída que resulta em baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração desigual no território e baixo grau de integração entre as ações com os demais níveis atenção à saúde. Isso se deve a um conjunto de fatores, tais como: a lógica de pagamento por procedimento para alocação de recursos financeiros, uma herança da assistência médica previdenciária hegemônica em nosso país ao longo das décadas de 1970 e 1980, e que contribuiu para promoção de um modelo profundamente perverso e indutor de distorções, na medida em que prestadores privados e até mesmo gestores públicos passaram a organizar serviços a partir dos procedimentos mais bem remunerados, deixando assim de ofertar serviços pela lógica da necessidade (SOLLA e CHIORO, 2005).

Além disso, contribuiu para um modelo de financiamento baseado na lógica da oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico de cada território. Desta forma, a demanda acabou por ser condicionada pelo padrão de oferta existente, de maneira geral, concentrada nos grandes centros e polos com densidade populacional maior (SOLLA e CHIORO, 2005).

Há ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS.

## 3. ENFOQUE TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este capítulo teve a proposição de apresentar a opção escolhida para análise das políticas públicas pela abordagem das capacidades estatais, além do caminho metodológico traçado, fundado no estudo de dois casos distintos pertinentes à estruturação da AAE no âmbito estadual - Minas Gerais e Paraná - os quais são também aqui brevemente apresentados.

#### 3.1. ARRANJOS INSTITUCIONAIS E CAPACIDADES ESTATAIS

Nesta seção é tratado os conceitos de arranjos institucionais, sob a ótica das capacidades estatais de forma a qualificar a análise teórica sobre a temática da AAE. Como evidenciado nas seções anteriores, o SUS como sistema, é complexo e envolve uma série de atores e interesses a serem coordenados e processados na execução de suas políticas, com diferentes níveis de governos e organizações da sociedade civil que o compõem e integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Com ênfase para a AAE, pôde-se evidenciar os diversos vazios, seja cognitivo, assistencial e até normativo, com ausência de uma política pública nacional com estratégias e diretrizes explícitas para o funcionamento deste nível de atenção à saúde. O que abre precedente para atuação do governo estadual na coordenação e desenvolvimento dessas políticas.

Insta salientar, que o bom desempenho dos governos está intrinsecamente relacionado a uma administração pública organizada e capaz de implementar políticas públicas de forma eficiente, eficaz e efetiva com a construção de meios e recursos e habilidades relacionais contínuas (LOTTA, 2019).

Então, com toda a mobilização de atores diversos, estruturas necessárias e especificidades, a análise de políticas públicas por meio da configuração de seus arranjos institucionais específicos passa a ser um prisma importante no cenário brasileiro, principalmente a partir do final da década de 1980, quando a partir da redemocratização, suscitou-se a necessidade de otimização do uso de recursos públicos, a ampliação da oferta de serviços públicos e, uma maior transparência e participação social, exigindo novas capacidades de ação para o governo brasileiro. Destaca-se a descentralização das políticas públicas, como eixo relevante dessa reforma do Estado, atribuindo a ela a capacidade de aproximar o Estado dos cidadãos e construir políticas públicas mais aderentes às necessidades da população (PIRES E GOMIDE, 2016; LOTTA, & VAZ, 2015; LOTTA, 2019).

Dado o contexto, Gomide e Pires (2014, p.19) conceituam arranjos institucionais como

sendo "o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma pela qual se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica" de forma a sustentar a implementação dessa (FIGURA 2). Lotta e Vaz, 2015, por sua vez, asseveram que os arranjos institucionais não seguem um padrão único, e conforme a política pública executada, assumirão traços específicos, devido aos atores envolvidos no processo, aos papéis exercidos por cada agente e ao contexto em que se configura. Assumem, pelas autoras, o conceito de "regras e instâncias específicas estabelecidas para definir a forma de coordenação das políticas envolvendo um número significativo e heterogêneo de agentes públicos e privados, abrangendo diferentes etapas do ciclo das políticas públicas" (LOTA & VAZ, 2015, p.173).

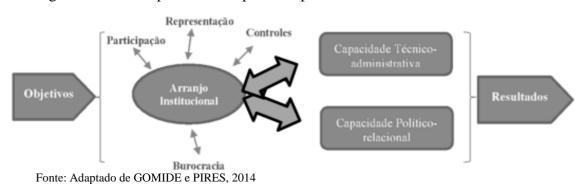


Figura 2 - Modelo para analisar políticas públicas

Então, é através desses arranjos que podemos determinar a capacidade do Estado de implementar políticas públicas e executar seus objetivos. Para Gomide e Pires, 2014, tais capacidades podem ser classificadas em duas dimensões: a técnico-administrativa e a política.

A primeira se refere às habilidades do Estado para prover recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis, além das estratégias de monitoramento e avaliação das ações empreendidas, a fim de que essas ações implementadas sejam coordenadas e orientadas, para a consecução de resultados (PIRES & GOMIDE, 2016; MACEDO, 2020).

Já, a segunda dimensão diz respeito às habilidades do executivo para expandir os canais de inclusão, interlocução e negociação de atores diversos envolvidos, processando conflitos e prevenindo a captura de interesses específicos (PIRES & GOMIDE, 2016; LOTTA, 2019).

Ainda sobre as capacidades estatais, Souza e Fontanelli, 2020, a relacionam com a capacidade de decidir, formular e implementar políticas públicas. Para os autores, tal conceito tem aspecto abrangente por envolver múltiplas dimensões, sendo necessário para sua análise a divisão em componentes políticos, institucionais, administrativos e técnicos.

Dessa forma o componente político compreende as regras do jogo que regulam o

comportamento político, societal e econômico. Já, o componente legal diz respeito às regras jurídicas que regulam o comportamento dos atores e das instituições, enquanto, o componente organizacional/administrativo remete à capacidade de prover bens e serviços com eficiência através de uma burocracia profissionalizada. Por fim, o componente de políticas públicas diz respeito a instituições e estratégias que influenciam decisões sobre políticas, sua formulação e execução (SOUZA & FONTANELLI, 2020).

Outra interpretação para a análise das capacidades estatais é apresentada por Papi, 2020 e consiste em identificar as estruturas organizacionais, cuja ausência ou presença colaborem para a ação governamental alcançar um determinado fim, considerando suas variadas atividades e funções.

Assim, diante das propriedades necessárias para de fato implementar uma política pública, com um amplo espectro de atores e interesses em seu entorno, a noção de arranjos institucionais torna-se fundamental, para potencializar a capacidade estatal, no processo das políticas públicas, uma vez que os arranjos ajudam no entendimento dos atores envolvidos, dos processos e dos instrumentos necessários para a sua operacionalização (PIRES E GOMIDE, 2018; MACEDO, 2020).

Neste sentido, entender o arranjo institucional posto para AAE no âmbito estadual com suas normas, atribuições, além dos espaços institucionais de coordenação entre atores, é de suma importância para a compreensão do seu funcionamento e dos seus resultados. O Quadro 1, a seguir, detalha a relação entre dimensões, resultados e fontes de observação relacionadas às diferentes capacidades estatais

Quadro 2 – Dimensões das capacidades estatais

Eixo	Dimensões (nível constitutivo)	Resultado	Descrição	Fontes de observação (nível indicativo)
	Analítica	Eficiência e eficácia		Coleta e análise de dados
Administrativo			Condições que garantem o desempenho técnico e administrativo	Conhecimento técnico específico
	Técnico gerencial			Habilidades administrativas
				Gerenciamento de pessoas
				Alocação de recursos financeiros
				Recursos tecnológicos
Relacional	Coordenação	Agência	Condições que	Processo coordenado de tomada de decisões

interna		garantem o funcionamento e coerência interna	Estrutura inter e intraorganizacional  Monitoramento e controle
		Condina on	Controle social e responsabilização
Condições que promovem a	Instâncias de participações sociais		
Política	Legitimidade	dade interação necessária com o ambiente externo	Níveis de negociação e interlocução entre os poderes executivo, legislativo e judiciário
			Relacionamento com organizações externas

Fonte: Adaptado de LOTTA, 2019 apud ENAP (2018)

Tal aparato conceitual foi acionado para este trabalho devido ao incômodo proveniente do fato de que diferentes arranjos institucionais para construção das redes regionalizadas têm sido construídos nas unidades da federação, sendo pouco claro ainda como tem sido estruturada a AAE e como cada um deles tem mobilizado diferentes capacidades estatais.

## 3.2. CAMINHO METODOLÓGICO

Esta segunda seção apresenta as ferramentas utilizadas para o alcance dos objetivos do trabalho. Assim, ao propor este estudo foi necessário organizar uma metodologia que suprisse as curiosidades e inquietações que afloram através em forma de diversos questionamentos sobre como se dá a estrutura das políticas públicas implementadas para o desenvolvimento da AAE no Brasil para além de Minas Gerais, o *locus* de trabalho desta autora. Assim, ao procurar responder os objetivos propostos para esta pesquisa, verificou-se que a melhor forma de compreender o processo dessa política pública seria aferi-la documentalmente. Dessa maneira, buscando identificar e analisar as capacidades estatais do arranjo institucional utilizado pelos governos estaduais para estruturar a atenção ambulatorial especializada, optou-se por realizar um estudo de casos, uma vez que este permite a descrição, exploração e explicação de fenômenos sociais e políticos (BRITO *et al*, 2019).

Em seguida, descrevem-se as fontes de informações mobilizadas e os procedimentos de análise para entendimento das etapas da pesquisa. Foram realizados levantamento e análise de documentos legais e normativos sobre a AAE, informações indexadas nos sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde e, posteriormente à pesquisa os achados e impressões foram complementados com entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE).

Para a definição dos casos a serem analisados, procedeu-se, inicialmente, com diálogos com consultores do CONASS, bem como com referências técnicas da atenção especializada e

planificação para imprimir as percepções acerca das políticas públicas em questão mais sólidas no território nacional e, dessa maneira, identificar os estados com iniciativas robustas, mas com arranjos distintos e com dimensionamento estadual, não apenas pontual, em uma ou outra região de saúde apenas.

Deste modo, por critérios de conveniência e diante da limitação temporal, de recursos e de domínio de conteúdo da autora para elaboração do trabalho de conclusão de curso, restringiuse a análise comparativa a dois governos estaduais, a saber: Minas Gerais e Paraná. O primeiro, historicamente envolvido no processo de regionalização com forte iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde no desenho das regiões e na coordenação da pactuação regional; o segundo, que adotou os consórcios intermunicipais como estratégia para regionalização das RAS.

Selecionado os dois estados que se enquadram na perspectiva citada, as decisões e estratégias empenhadas, que definiram inclusive os arranjos institucionais empregados por estes entes federados, foram rastreadas através da pesquisa documental analisando as deliberações e resoluções estaduais vigentes sobre o tema, além dos Planos Estaduais de Saúde. Também neste sentido, as informações foram complementadas por meio de entrevistas com atores-chaves das Secretarias de Estado de Saúde ligados diretamente às políticas a serem estudadas nos estados de Minas Gerais e Paraná.

Para realização das entrevistas, foi utilizado a abordagem de Moré (2015,p.127) que a entende como sendo "um 'espaço relacional' que se caracteriza por uma proposta de diálogo e/ou conversações a respeito de um tema específico entre pesquisador e participante." É considerada um dos principais instrumentos de coleta de dados, uma vez que viabiliza trazer à tona informações de diferentes ângulos, permitindo uma melhor compreensão e integralização dos dados (MORÉ, 2015).

Assim, foram entrevistados gestores públicos das secretarias de estado de saúde conduzidos por um conjunto de perguntas pré-estabelecidas e padronizadas, permitindo assim, que respondessem às mesmas perguntas de modo a facilitar a análise e comparação posterior. O roteiro utilizado — Anexo I, foi definido a partir de leitura prévia de pressupostos para políticas públicas voltadas à AAE, experiência da autora com o tema e da verificação de construtos pertinentes para a investigação.

As entrevistas foram realizadas remotamente por questões de localização geográfica e em razão de medidas de distanciamento social devido a pandemia por Covid-19, por meio de videochamada na plataforma GoogleMeet, com o auxílio de equipamentos para gravação de áudio consentido pelos participantes. Toda a preparação, ajustes, realização da entrevista propriamente dita e consolidação do material extraído foi realizada no período de julho a agosto

de 2021. Dessa forma, foram realizadas duas entrevistas com tempo médio de realização das entrevistas de 60 minutos. A compilação se deu por meio da ferramenta Google Docs com ajuste manual.

As informações coletadas dos documentos e das entrevistas foram tratadas, qualitativamente, sendo que para a interpretação dos dados gerados tomou-se como referência analítica, o pressuposto de Pires e Gomide, 2016 para a análise das capacidades estatais dos arranjos institucionais, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de Análise das Capacidades dos Arranjos Institucionais

Dimensões	Critérios de Análise
Objetivos	Explicitação dos objetivos e escopo de cada política
Técnico-administrativa	<ul> <li>i) presença de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis para a condução das ações;</li> <li>ii) existência e operação de mecanismos de coordenação;</li> <li>iii) estratégias de monitoramento e avaliação</li> </ul>
Político-Relacional	<ul> <li>i) existência e formas de interação das burocracias do Executivo com outros atores;</li> <li>ii) existência e operação efetiva de formas de participação social;</li> <li>iii) atuação dos órgãos de controle</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Pires & Gomide, 2016 e Macedo, 2020

Dessa forma, construiu-se a análise comparativa entre os estudos de caso com vista a verificar os objetivos e escopo de cada política, considerando as metas a serem alcançadas e os produtos que pretendem entregar à sociedade.

Na sequência, foram analisados os arranjos institucionais que dão sustentação à implementação de cada política estudada. Isto forneceu a base para a avaliação das capacidades que cada arranjo é capaz de promover através das duas dimensões: técnico-administrativa e a política. A técnico-administrativa se refere aos instrumentos organizacionais e ao arcabouço legal da política pública, verificada através de três condições (GOMIDE & PIRES, 2014):

- i) a presença de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis para a condução das ações prevista na política;
- ii) a existência e operação de mecanismos de coordenação, seja intra e intergovernamentais;
  - iii) a existência de estratégias de monitoramento com produção de informações,

acompanhamento e exigências de desempenho.

Já a decomposição das capacidades políticas foi orientada pela:

- i) existência e formas de interações das burocracias do poder executivo com outros atores, tais como parlamentares, governos subnacionais;
- ii) existência e operação efetiva de formas de participação social, através de conselhos, conferências, ouvidorias, audiências, consultas públicas, entre outras; e
  - iii) atuação dos órgãos de controle, sejam eles internos ou externos.

Assim, foram identificadas, de maneira indutiva, unidades de conteúdo relacionadas às capacidades estatais expostas acima inspiradas na literatura. Ao final da pesquisa, obteve-se o Quadro 3, que sintetiza as unidades de conteúdo encontradas e será apresentado e detalhado no capítulo seguinte.

Por fim, o conteúdo deste trabalho de conclusão de curso diz respeito à compreensão das capacidades mobilizadas para implementação de arranjos institucionais voltados para a atenção ambulatorial especializada. Desta forma, compreende-se que o apresentado neste trabalho não fere o que diz a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 516, de 06 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido em duas vias, permanecendo uma delas com o sujeito da pesquisa, garantindo-lhe: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si; a privacidade; o anonimato; o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos.

## 3.3. LOCAIS DE ESTUDO

## 3.3.1. Paraná e a Secretaria de Estado de Saúde

O Paraná é um dos três estados pertencentes à região sul do Brasil. Com dimensões territoriais que abrangem uma área de 199.298,982 km², população estimada de 11.516.840 habitantes (IBGE, 2021), com densidade demográfica de 54 habitantes/Km 2 dispostos em 399 municípios.

Quanto aos índices sociais, figura entre os melhores do país, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,749, ocupando a 5ª posição entre os estados brasileiros. No Panorama de saúde, o estado do Paraná apresenta 52,4% de sua população com pelo menos uma condição crônica não transmissível (IBGE, 2021).

Assim, para a execução das políticas públicas de saúde de forma descentralizada, o SUS do Paraná configura-se em 4 macrorregiões de saúde e em 22 regiões de saúde (FIGURA 3), cujas sedes administrativas estão localizadas em cidades-polo da região.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ DIVISÃO POR REGIONAIS E MACRORREGIONAIS REGIONAIS DE SAÚDE MACROREGIONAIS DE SAÚDE • IF PARANAGUA · BACIANORTE M MACRO LESTE · 24 CURITIBA Mª PARANAVAÍ 3º PONTA GROSSA MACRO GESTE ■ 15\* MARINGA · 4FIRATI • 16F APLICARANA • 5F GLIARAPLIAVA • 17º LONDRINA · 6º UNIÃO DA VITORIA 18º CORNELIO PROCÓPIO ● 191 JACAREZINHO ● 8º FRANCISCO BELTRÃO ● 9º FOZ DO IGUAÇU ● 2P TELÉMACO BORBA III CAMPO MOURÃO ■ TOTAL DO PARANÁ ■ 12" UMUARAMA

Figura 3 – Mapa político do Paraná com sua distribuição de regional e macrorregional

Fonte: PARANÁ, 2020 - PES-PR 2020-2023

Como uma instância de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, há a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e 22 Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIB Micro), constituídas paritariamente por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais – estes encontram-se organizados em Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), vinculados ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Paraná (PARANÁ, 2020).

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR) conta com uma estrutura de nível central, sediada em Curitiba e descentralizada com representação nas regionais de saúde. Segue, na Figura 4 o organograma da SESA-PR e suas estruturas de apoio e assessoria, setoriais e gerenciais:

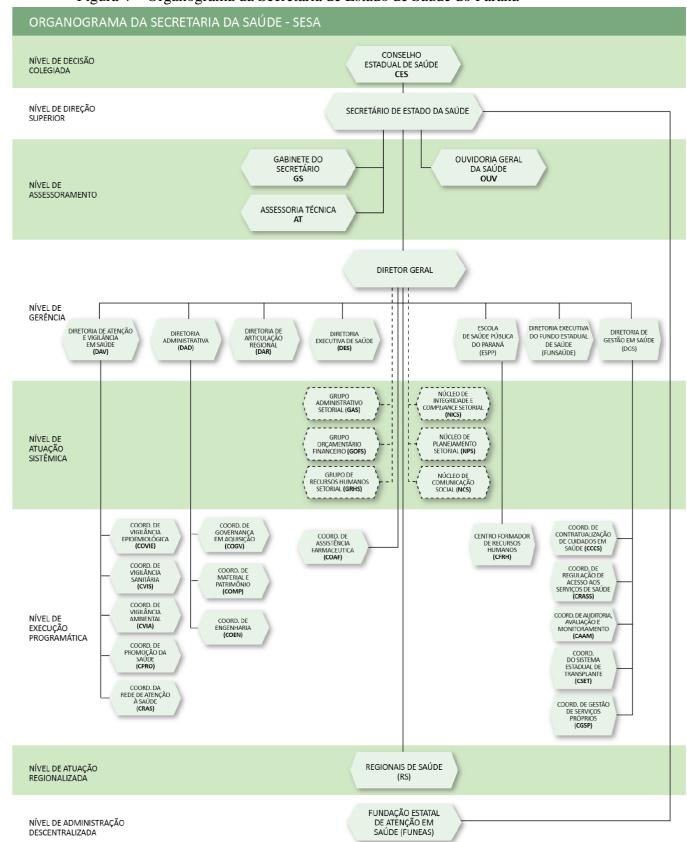


Figura 4 – Organograma da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná

Fonte: PARANÁ, 2020 - PES-PR 2020-2023

## 3.3.2. Estado de Minas Gerais e sua secretaria de saúde

Minas Gerais está situado na região Sudeste do Brasil, apresentando uma população estimada de 21.292.666 habitantes, distribuídos em um território de 8 586.513,993 km², com densidade demográfica de 33,41 hab/km². Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, o estado de Minas Gerais teve pontuação de 0,731 em 2010 (IBGE, 2021).

Na saúde e estruturação do SUS, Minas Gerais é considerado como vanguardista na discussão e operacionalização de território sanitário no processo de regionalização, do desenho de redes de atenção à saúde (MENICUCCI & MARQUES. 2016). O mapa a seguir identifica atualmente a divisão territorial das Microrregiões e Macrorregiões de Saúde previstas pelo PDR/MG vigente, por meio do qual se estabeleceu os territórios assistenciais regionais do estado em 14 macrorregiões de saúde e em 89 regiões de saúde, onde se encontram adstritos os 853 municípios de Minas (MINAS GERAIS, 2020a).

🔼 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SOBREPOSIÇÃO DA DIVISÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - PDR/MG COM A DIVISÃO ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS SUL [154 mun.] TRIÂNGULO DO NORTE [27 mun.] SRS Alfenas [24 mun.] SRS Passos [27 mun.] GRS Ituiutaba [9 mun.] SRS Pouso Alegre [53 mun.] SRS Uberlandia [18 mun.] SRS Varginha [50 mun.] SUDESTE [94 mun.] SRS Juiz de Fora [37 mun.] GRS Leopoldina [15 mun.] GRS Manhuaçu [23 mun.] VALE DO ACO [35 mun.] SRS Cel Fabriciano [35 mun.] GRS Uba [31 mun.] TRIÂNGULO DO SUL [27 mun.] LESTE DO SUL [53 mun.] SRS Uberaba [27 mun.] GRS Manhuaçu [23 mun.] SRS Ponte Nova [30 mun.] CENTRO SUL [51 mun.] SRS Barbacena [31 mun.] GRS Sao Joao Del Rei [20 mun.] CENTRO [101 mun.] SRS BH [39 mun.] GRS Itabira [24 mun.] SRS Sete Lagoas [35 mun.] NORTE 186 mun.1 GRS Januaria [25 mun.] JEQUITINHONHA [31 mun.] SRS Montes Claros [54 mun.] SRS Diamantina [34 mun.] GRS Pirapora [7 mun.] OESTE [53 mun.] NOROESTE [33 mun.] SRS Divinopolis [53 mun.] SRS Patos de Minas [21 mun.] LESTE [51 mun.] GRS Unai [12 mun.] SRS Governador Valadares [51 mun.] NORDESTE [57 mun.] Sede de URS GRS Pedra Azul [25 mun.] 100 0 100 km Divisão de Macrorregião SRS Teofilo Otoni [32 mun.] Divisão de Microrregião

Fonte: SES/PDR, 2020

Figura 5 – Distribuição assistencial e administrativa da saúde de Minas Gerais

A organização da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) é composta por assessorias, gabinete e subsecretarias, como representado organograma na Figura 6 com destaque para a Diretoria de Ações Especializadas, área correlata à Atenção Especializada que abarca a AAE (MINAS GERAIS, 2019a).

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

ASSESSORIA DE AUDITORIA ASSISTENCIAL DO SUS-MG

NÚCLEO DE JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

ASSESSORIA DE AUDITORIA ASSISTENCIAL DO SUS-MG

NÚCLEO DE JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

ASSESSORIA DE AUDITORIA ASSISTENCIAL DO SUS-MG

BURGANTANCIA DE MANAGACIO

BURGANTANCIA DE SUBLECTIONA DE CESTA DE CONTROL DE CONTROL DE SUBLECTIONA DE CESTA DE CONTROL D

Figura 6 – Organograma da SES/MG

Fonte: SES/MG, 2019

Portanto, trata-se de dois estados com dimensões distintas sob vários aspectos e com arranjos também distintos, para os quais iremos direcionar nosso olhar considerando os componentes das capacidades estatais mobilizadas para estruturação da AAE. No próximo capítulo apresentamos os resultados e análise dos nossos achados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo é verificado a inserção da atenção ambulatorial especializada na agenda governamental por meio dos planos estaduais de saúde, seguido da apresentação dos principais pontos evidenciados nos arranjos institucionais e as capacidades estatais mobilizadas por cada estado analisado. Concomitantemente, foi realizada comparação entre características mais salientes dos dois estados para fomentar a discussão quanto aos preceitos da atenção ambulatorial especializada como ponto de atenção das RAS.

# 4.1. O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA É PRIORIZADA?

Como abordado no referencial teórico, um dos instrumentos de planejamento previstos no SUS se dá através dos planos de saúde para cada ente federado, de forma a canalizar as prioridades e organizá-las dentro do período estipulado de quatro anos. Dessa forma, também, o planejamento está inserido em uma das primeiras etapas para elaboração de uma política pública, a fase de agenda, que consiste em perceber os problemas existentes que merecem maior atenção dentre outros de maneira consistente com o cenário real em que a população se encontra.

Após análise dos planos estaduais de saúde vigentes de ambos os estados para o quadriênio 2020-203, foi possível verificar seções em seus interiores que abordam a atenção especializada, com descrição do perfil assistencial, da capilaridade no território, das diretrizes, visando o fortalecimento do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), destacando as linhas de cuidado prioritárias como fluxo assistencial do usuário, além de apresentar metas e indicadores a serem empreendidos para qualificação e ampliação da AAE (QUADRO 3).

Assim, infere-se que a AAE está na agenda governamental das duas secretarias de estado de saúde, incluindo ações prioritárias e relevantes para o SUS estadual.

Ressalta-se a utilização do Planejamento Regional Integrado (PRI) pelo Paraná para elaboração de diagnósticos regionais ascendentes da média e alta complexidade de seu território como forma de promover a equidade regional, bem como contribuir na concretização do planejamento do SUS.

Outro ponto, diz respeito ao Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais que aborda a coerência das metas propostas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Agenda 2030, de forma que o fomento à AAE também esteja alinhado com estes objetivos. No

entanto, a abordagem da AAE encontra-se difusa entre outros objetivos e metas do plano, não havendo meta específica e clara para esta, tal como no PES do Paraná.

Por fim, interessante salientar a convergência dos dois PES quanto ao processo de planificação desenvolvido pelo CONASS em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (ProadiSUS), como instrumento para melhoria dos processos de gestão, tanto da APS quanto da AAE com vistas a estruturar as RAS nos estados. Em Minas Gerais foi nomeada de *Saúde em Rede* e no Paraná *PlanificaSUS Paraná*.

Quadro 3 – Apanhado dos Planos Estaduais do Paraná e Minas Gerais que envolvem a AAE

Estado	Objetivo	Meta	Indicador	Ações
	Implementar a linha de cuidado do idoso	Implantar nas 22 regiões de saúde a Planificação da Atenção à Saúde na perspectiva de integrar as ações da APS e <u>AAE</u>	Número de Regiões de Saúde com a Planificação implantada	a) Apoiar as Regiões de Saúde para a implantação e implementação do processo de Planificação da Atenção à Saúde.
PES - PR	Qualificar os ambulatórios multiprofissionais especializados, contribuindo para a regionalização das ações e serviços de saúde	Manter qualificada <u>a Atenção</u> <u>Ambulatorial Especializada</u> em 20 regiões de saúde	Número de ambulatórios que atingiram nível mínimo de qualificação na avaliação do Programa de Qualificação dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados	a) Implementar o Programa QualiCIS. b) Fomentar a organização efetiva dos ambulatórios multiprofissionais no MACC, nas linhas de cuidado prioritárias, integrando-se com os demais níveis de atenção da RAS. c) Apoiar os AMES para que desenvolvam as funções assistencial, supervisional, educacional e pesquisa
	Promover o mapeamento e otimização dos processos de trabalho, com vistas a estruturar as redes de atenção à saúde nas linhas de cuidado materno-infantil e HAS/DM	Aumentar para 14 o número de macrorregiões com o Projeto Saúde em Rede em processo de implantação ou implantada	Número de regiões ampliadas com o Projeto Saúde em Rede em processo de implantação ou implantada	-
PES - MG	Promover, desenvolver, qualificar e efetivar as ações de <b>atenção secundária</b> e terciária à saúde, adequando a oferta e ampliando o acesso aos serviços, observando as especificidades regionais e a estruturação das redes de atenção à saúde.	Financiar ou cofinanciar a atenção especializada em 70 regiões de saúde que possuem pelo menos 1 ponto de atenção especializada em especialidades prioritárias para o Estado.	Número de regiões de saúde com pelo menos 1 ponto de atenção especializada financiados ou cofinanciados pelo Estado.	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos PES-MG e PES-PR (MINAS GERAIS, 2020b e PARANÁ, 2020)

4.2. O ARRANJO INSTITUCIONAL E AS CAPACIDADES ESTATAIS DA QUALIFICAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE/PARANÁ E CENTROS ESTADUAIS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA/MINAS GERAIS

## A) Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde/Paraná

O arranjo institucional configurado no estado do Paraná para estruturação da AAE, busca a qualificação da mesma, focado no fortalecimento da regionalização para atender as necessidades de saúde da população o mais próximo de sua residência, mediante parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e a SESA-PR, a fim de alcançar a satisfação do usuário, qualidade na assistência e redução do custo para o sistema de saúde (PARANÁ, 2021).

Essa relação entre secretaria e consórcios alude a 2012, quando no plano de governo para a gestão estadual 2011-2014 foi apontada a necessidade de se implementar serviços de atenção especializada orientados às RAS. Assim, foi criado o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (COMSUS), que em muito subsidiou o programa posterior, uma vez que já constava em seu desenho, orientação quanto ao MACC, fortalecimento da equipe multiprofissional, da oferta baseada na realidade da população e abarcada em linhas de cuidado.

Dessa forma, de 2012 até 2020 foram realizadas melhorias incrementais nos dispositivos legais relacionados à parceria com os CIS para gestão da média complexidade ambulatorial, com a finalidade de aprimorar os processos de monitoramento, bem como trazer transparência e equidade. Estes esforços culminaram na Deliberação CIB-PR nº 035, de 02 de abril de 2020, que aprovou o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (QualiCIS), destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Médicos Especializados (AMES) no Paraná, assim como, o componente de incentivo de custeio. Em sequência, foram publicadas uma série de resoluções com a finalidade de regulamentar a forma de repasse, os instrumentos de monitoramento e avaliação, além de delimitar as instâncias que acompanham o desempenho dos CIS:

- Resolução SESA nº 1.418, de 02/12/2020, que institui as diretrizes do Programa Estadual QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades;
- Resolução SESA nº 1.419, de 02/12/2020, que institui as Comissões Estadual e Regional

- de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades no Paraná;
- Resolução SESA nº 1.420, de 04/12/2020, que aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades no Paraná.

Assim sendo, o programa QualiCIS é de competência da SESA-PR, sob coordenação do Núcleo de Descentralização do SUS (NDS). A pasta é responsável, entre outras questões, pela articulação com os consórcios, formalização de adesão dos mesmos ao programa, e também pela sistematização das informações de monitoramento e gestão dos recursos financeiros. Aos governos municipais, através das secretarias de saúde, compete atuar em cooperação com a SESA-PR e CIS para efetivação das Redes de Atenção à Saúde, com foco nas linhas de cuidado prioritárias. Já aos consórcios compete a gestão dos AME, conforme compromisso firmado ao aderir ao programa, prestando atendimento integral aos usuários do SUS. Além dos atores já citados, participam dos processos de acompanhamento e avaliação, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/PR), a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR), o Conselho Estadual de Saúde (CES) e representantes da SESA-PR no nível regional (PARANÁ, 2020c).

Ressalta-se que o QualiCIS utilizou-se de estrutura de coordenação já existente e consolidada no SUS, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e sua vertente em âmbito regional, para facilitar a negociação, a articulação e a decisão entre os gestores dos dois níveis da federação, além de promover a responsabilização e compromisso com o programa por todos os envolvidos. Em termos de controle social, o programa também se valeu de outra estrutura definida no SUS, com a participação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Na percepção do ator entrevistado, o QualiCIS tem como principal estratégia para manutenção de um trabalho intersetorial com qualidade, a instituição das Comissões de Acompanhamento Regional e Estadual, mantendo composição diversa e representativa de seus participantes.

Outro ponto estratégico para a política em questão, diz respeito à previsão de inserção dentro dos consórcios do Grupo Técnico Consultivo (GTC), composto por técnicos de cada consórcio participante, representantes da regional de saúde da SESA-PR e do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), constituindo-se como instância privilegiada de discussão e construção de consensos quanto aos aspectos operacionais da efetivação dos atendimentos multiprofissionais especializados (PARANÁ, 2020c).

## B) Centros Estaduais de Atenção Especializada/Minas Gerais

A conformação do arranjo institucional para estruturação da AAE em Minas Gerais se dá através dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE), aprovados com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.066, de 04 de dezembro de 2019 e a Resolução SES/MG nº 6.946 de mesma data, que regulamentam esses centros, seus processos de supervisão e avaliação, além da metodologia de financiamento dos serviços. As novas regras aprovadas por esta Resolução entraram em vigor a partir de janeiro de 2020 e representam um avanço no sentido de potencializar e qualificar a atenção ambulatorial especializada nas linhas de cuidado elencadas como prioritárias no estado.

Este programa teve como referência alguns programas anteriores, como o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais - Viva Vida, estabelecido em 2003, e tendo como objetivo a promoção da saúde da mulher e da criança, assegurando atendimento universal, integral, humanizado e especializado, visando à redução da mortalidade materna e infantil. Contou com o investimento de recursos na estruturação, qualificação e mobilização social na instituição da Rede Viva Vida, além da implantação de novos pontos de atenção à saúde para cobrir a deficiência de oferta na atenção secundária: os Centros Viva Vida e as Casas de Apoio à Gestante (MINAS GERAIS, 2011a).

Acentua-se que o Programa Viva Vida investiu fortemente na qualificação dos processos, na capacitação de pessoas e na melhoria da qualidade das informações com o fomento de ações estratégicas, como: elaboração e implantação das linhas-guias e protocolos clínicos; capacitações em saúde da mulher e da criança e para controle do câncer de mama e de colo do útero; instituição dos Comitês de Prevenção de Óbito Fetal e Infantil e de Prevenção de Morte Materna, entre outras. (MINAS GERAIS, 2011a).

O outro programa que serviu como base, foi o Hiperdia Minas, instituído pela Resolução SES/MG nº 2.606 de 07 de dezembro de 2010, que tinha como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e doenças renais crônicas, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Assim, no nível de APS, a Rede Hiperdia Minas ancorava-se na prática de novas diretrizes clínicas, com a elaboração de uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições crônicas, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência e suas respectivas competências (MINAS GERAIS, 2011b).

Já no nível da AAE, esta Rede valeu-se, como principal estratégia, da implantação de centros de atenção secundária para usuários com condições crônicas de maior complexidade, denominados Centros Hiperdia Minas. Estes tinham como objetivo reduzir a mortalidade e as complicações preveníveis por hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardiovascular e doença renal crônica, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários com essas condições na população coberta.

Importante destacar que essa estruturação e modelagem da rede se deu com a constituição de grupo de trabalho multiprofissional, composto por sanitaristas, técnicos da SES/MG, médicos especialistas, representantes da Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade, entre outros, demonstrando uma diversidade de atores envolvidos. Além disso, todo esse processo de desenho da rede foi legitimado CIB- SUS/MG (ALVES, 2011).

Diante contexto abordado dos programas antecessores, verifica-se a relevância dos mesmos em termos de acúmulo normativo e técnico, tanto gerencial quanto assistencial, contribuindo para a formatação do arranjo institucional do CEAE nos dias de hoje. Deste modo, o programa CEAE, tendo seu escopo delimitado pela média complexidade ambulatorial, absorveu desses programas as estruturas físicas dos centros de atenção especializada, bem como os processos organizativos, o referencial técnico e metodologias aplicadas para financiamento, monitoramento e avaliação, de forma a adequá-los à conformação de um programa único, integrando os dois programas pregressos para atendimento das necessidades de saúde no que concerne à AAE nas linhas de cuidado já previstas.

Assim sendo, compete à SES/MG, por meio da Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial (CAEA), a condução da política por meio dos Centros Estaduais de Atenção Especializada, com a elaboração de notas técnicas, documentos norteadores, monitoramento e avaliação da produção dos serviços e comando de pagamento. Às referências técnicas nas Unidades Regionais que abrangem os serviços, devido à proximidade com o território, competem o apoio aos CEAE e acompanhamento nos processos de matriciamento e supervisão.

Aos municípios de abrangência dos CEAE competem a regulação dos usuários por meio da APS, mediante a estratificação de risco e em conformidade com os critérios de encaminhamentos previstos pela Coordenação, além de garantir o acesso oportuno a esses usuários ao serviço. Já ao município sede do serviço para mais do que foi exposto, também compete a gestão dos CEAE, propriamente dita ou a delegação à terceiros por meio de contrato, sendo necessário garantir as diretrizes do programa (MINAS GERAIS, 2019).

Além da coordenação e execução, na etapa de acompanhamento da política, são acionados outros atores, como os representantes das Unidades Regionais e do Conselho de

Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais Regional – COSEMS Regional, que utilizam como instância técnica e deliberativa as Reuniões Temáticas de Acompanhamento dos resultados dos indicadores previstos em resoluções estaduais, com destaque para a Resolução nº 6.949/2019 referente aos CEAE.

Para pactuação de metas e recursos de investimentos, bem como a ciência do projeto de execução financeira dos serviços e demais ações que se fizerem necessárias para acompanhamento e atendimento às diretrizes do programa, as CIB estadual e CIB micro são as instâncias adequadas. Já a participação dos conselhos municipais de saúde do Conselho Estadual de Saúde também são previstas para fins de controle social.

## C) Impressões gerais dos dois programas

Ao olhar para os diferentes arranjos institucionais que sustentam os dois programas analisados, foi possível verificar tanto similaridades, quanto acentuar diferenças em suas estruturas. Assim, no que concerne ao modelo de organização da AAE, foi possível constatar que tanto o Paraná, quanto Minas Gerais empregam o Modelo de Atendimento às Condições Crônicas (MACC) com a proposição mudanças na organização dos sistemas e da atenção à saúde por meio da atenção contínua, com equipe multiprofissional, elaboração e compartilhamento de Plano de Cuidado Individualizado, bem como alterações nas decisões clínicas, dando suporte a estas, com base em um processo de educação permanente e de supervisão entre equipes da AAE e da APS. Também são premissas comuns aos dois programas o diálogo com as diretrizes propostas para as RAS, prezando a integralidade e continuidade do cuidado.

Tal continuidade do cuidado pode ser percebida também pela estratégia de segmentação do público alvo dos serviços através de linhas de cuidado, sendo comum aos dois estados a priorização da Atenção Materno-infantil, Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Além destas, o Paraná investiu na linha de cuidado do Idoso e de Saúde Mental, enquanto em Minas Gerais houve o enfoque das linhas de cuidado da Mulher com ênfase na propedêutica de câncer de colo de útero e de mama e com revisão e inclusão da linha de cuidado do Idoso ao escopo dos CEAE.

Outro ponto comum, envolvendo o público alvo, é que ambos programas usam da estratificação de risco como instrumento para mapear o usuário que de fato terá benefício do serviço especializado, ficando o de baixo e médio riscos no atendimento da APS sendo encaminhado à AAE apenas o usuário de risco mais elevado.

Complementa-se que a oferta assistencial, tanto do AME quanto do CEAE, é fundamentada no perfil epidemiológico da população e baseada em evidências da literatura e nas necessidades de saúde do território, com base na atenção programada, uma importante ferramenta de gestão da clínica que subsidia a organização dos processos de trabalho por parte da equipe, bem como contribui para a universalização do acesso e da equidade na atenção aos usuários.

Nisso, é importante situar que atores relevantes, que estavam no princípio, à época da implantação de serviços embrionários que moldaram os programas vigentes em estudo, são comuns aos dois estados, tais como o professor Eugênio Vilaça Mendes e o CONASS. A orientação técnica comum reflete em várias similaridades estruturais no desenho dos arranjos institucionais dos dois estados.

No entanto, no que se refere a forma de gestão desses serviços, há diferenças entre os estados, sendo integralmente realizada através de consórcios intermunicipais de saúde por meio de convênios no Paraná. O estado possui 21 regiões de saúde com ambulatórios especializados regionais gerenciados por consórcios, totalizando 24 CIS que gerenciam 26 AME que se configuram como pontos de atenção estratégico na organização das RAS no estado do Paraná. Assim, a cobertura dos Ambulatórios Médicos de Especialidades no estado é de aproximadamente 95% das regiões de saúde, alcançando cerca de 8,6 milhões de habitantes distribuídos em 386 municípios, segundo estimativas do IBGE/TCU 2018.

Diante expressiva cobertura, destaca-se o protagonismo dos CIS na gestão da AAE, como uma estratégia viável para garantir a regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde em determinado território, com maior eficiência e eficácia com trajetória desde 2012.

Já em Minas Gerias, há a celebração de Termo de Compromisso entre a SES-MG e o município sede de cada serviço, ficando à cargo deste a forma de gerenciamento do CEAE, podendo ser realizada diretamente pelo município ou delegada aos CIS, fundações e organizações de saúde através de contratos.

Salienta-se que os serviços estão distribuídos pelas regiões de saúde respeitando os princípios da regionalização, considerando os vazios assistenciais importantes, a facilidade de acesso, a análise de escala e escopo para possibilitar ganhos de qualidade assistencial e otimização dos recursos. Dessa forma, há 28 CEAE implantados no estado de Minas Gerais e, em consonância com o último ajuste do PDR - aprovado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013 de 23 de outubro de 2019, em que foram definidas as 14 macrorregiões e 89 microrregiões do estado, o CEAE passou a ter cobertura de aproximadamente 50% da população mineira,

visto que possui abrangência em 45 microrregiões de saúde. Isso tem contribuído para beneficiar 435 municípios e uma população de cerca de 7,9 milhões de habitantes, segundo IBGE/TCU 2019.

## 4.3. DIMENSÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA

O objetivo desta seção foi analisar as características do arranjo político-institucional da AAE dos dois estados abordados e verificar de que maneira o arranjo conjuga os elementos do aparato técnico-administrativo necessários para dar sustentação a esta política pública. Assim, foi evidenciado no levantamento documental e entrevistas as estruturas organizacionais com recursos financeiros, tecnológicos e humanos viabilizadas para implementação da AAE nos estados.

Em Minas Gerais, o acompanhamento da política em questão, como exposto no tópico anterior, vem sendo realizado pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial, vinculada à Diretoria de Ações Especializadas na Superintendência de Redes de Atenção à Saúde, por sua vez pertencente à Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Observa-se que há uma coordenação específica para acompanhamento da AAE, inserida em uma pasta destinada à organização das RAS, o que contribui para articulação e congruência das ações.

Assim, a CAEA conta com um quadro de servidores, formado por seis (6) técnicos especialistas em políticas e gestão de saúde, um (1) administrativo e uma (1) estagiária, além de uma (1) coordenadora. No entanto, como observado na entrevista, há outras atribuições desempenhadas pela coordenação, muitas delas vinculadas a projetos estratégicos do governo que demandam tempo e disposição, acarretando em sobrecarga e acompanhamento não sistemático dos CEAE. Isto acaba por enfraquecer a política no tocante à melhoria dos processos e apoio aos serviços e territórios cobertos. Desta forma, tem sido considerados deficitários os recursos humanos para acompanhamento da política em si, principalmente quando se compara o dimensionamento de profissionais que anteriormente acompanhavam o programa Hiperdia, sendo que grande parte da equipe de dirigentes e de técnicos que conduziram a implementação deste programa era composta por profissionais contratados, sendo reformulada e esvaziada ao longo das gestões que transcorreram.

Já na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná há o Núcleo de Descentralização do SUS, setor diretamente vinculado à Diretoria Geral. Este Núcleo tem como finalidade articular o Programa QualiCIS, destinado aos CIS que gerenciam os ambulatórios, apoiando a

reestruturação dos consórcios públicos existentes, objetivando a ampliação dos serviços prestados, ganhos de escala, além de melhora da capacidade técnica, gerencial e financeira de forma descentralizada e regionalizada. Foi destacado em entrevista realizada, que a composição do NDS é recente e conta com três servidores efetivos com ensino superior em área da saúde, sendo preterido a ocupação dessas posições por servidores de carreira da própria SESA-PR em detrimento de profissionais externos, como estratégia de garantir robustez e continuidade da política.

Além do NDS, foi instituído nesta gestão, a Coordenação de Redes de Atenção à Saúde (CRAS), pertencente à Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV), para acompanhamento das políticas públicas e ações que envolvem a AAE. No entanto, pela insipiência do setor, além da trajetória da parceria com CIS para gerenciamento dos pontos de atenção secundária no estado, e também devido ao envolvimento nas discussões assistenciais que tal parceria desencadeou, verifica-se que o NDS atualmente toma frente nas discussões que envolvem a AAE, mas de maneira a compartilha-la à medida que a CRAS se aproprie da temática, como área assistencial. Assim, a perspectiva é que essa discussão da média complexidade seja institucionalizada na SESA-PR, de forma a ampliá-la com clareza das diretrizes.

Ainda na seara de recursos humanos, e adentrando a estrutura dos serviços, ambos programas investiram na perspectiva do MACC, sendo necessário acompanhamento de equipe multiprofissional especializada para atendimento das linhas de cuidado. Além disso, há previsão de coordenador assistencial, com o objetivo de alinhar os fluxos e realizar a gestão da clínica. Ademais, para adesão ao QualiCIS, os consórcios precisam disponibilizar de profissional específico, preferencialmente de nível superior, para exercer a função de Ponto de Apoio, auxiliando na realização da atenção contínua ao usuário nos primeiros atendimentos<sup>1</sup>, enquanto em Minas Gerais, compõe o quadro de profissionais dos CEAE, o gerente, profissional de nível superior para gestão dos processos administrativos.

Além de pessoal capacitado, as ações em saúde na AAE exigem orçamento adequado. Dessa forma, foi identificado que o financiamento paranaense para o QualiCIS é bipartite, cabendo ao governo estadual o repasse de custeio a título de incentivo no montante de R\$ 60.377.159,88 anuais, cifra praticamente dobrada em relação ao incentivo promovido no programa anterior, o COMSUS. Este montante é distribuído aos 24 CIS participantes, conforme

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Trata-se do atendimento ao usuário por toda equipe multiprofissional com discussão de caso e elaboração de Plano de Cuidado compartilhado, preferencialmente em um mesmo dia de atendimento.

critérios de população de abrangência, média do produto interno bruto (PIB) dos municípios consorciados e percentual de população idosa referenciada no território.

Insta salientar que esses critérios estabelecidos para a distribuição do incentivo foi uma inovação empregada ao arranjo, visando equidade no repasse desses recursos, uma vez que beneficia os CIS com abrangência mais vulnerável, seja ela financeira ou pelo perfil da população composta por idosos, considerando que estes compõe o público alvo priorizado na planificação do estado. O restante do financiamento é custeado pelos municípios para os CIS através de instrumentos específicos.

Além do recurso de custeio, há previsão de incentivo para infraestrutura para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos dos AME, de acordo com a necessidade de cada Região de Saúde e disponibilidade orçamentária da SESA, mediante instrumento específico.

Já em Minas Gerais, o financiamento é prioritariamente estadual, sendo evidenciado um incremento em relação ao valor anteriormente investido pelo estado, fundamentado em uma atualização da metodologia de cálculo para alocação do recurso financeiro anual, balizada nos critérios de população de abrangência do serviço, prevalência estimada e atenção programada para as condições de saúde das linhas de cuidado/especialidades de cada serviço, carteira de serviços e recursos humanos dimensionados para cumprir minimamente a atenção programada da assistência, incluindo as demais atividades inerentes do serviço.

Dessa forma, o estado aporta para os 28 CEAE, cerca de R\$ 72.029.380,92 por ano, destinados em até 80% do valor global para custeio das ações assistenciais, conforme diretrizes firmadas e pactuadas na Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066/2019 e respectivos termos de compromissos. No limite de 20% deste valor global poderá ser repassado para cada serviço para ser utilizado como recurso de investimento para realização de obras e aquisição de equipamentos e materiais permanentes condizentes com o escopo dos mesmos e previamente pactuado.

Essa flexibilização quanto ao recurso a ser empregado, possibilitando a aquisição de equipamentos e materiais permanentes, além da realização de obras necessárias para garantia da assistência prestada nos CEAE, foi destacada como inovação em uma das entrevistas realizadas, de forma a promover a autonomia dos serviços para gerenciar as necessidades e renovar a infraestrutura cujo aporte de investimento data da implantação do Viva Vida e Hiperdia há mais de dez anos.

No que tange os recursos tecnológicos foi percebido que os dois programas vêm

investindo em tecnologias em saúde <sup>2</sup>, desde a aquisição de equipamentos, realização de obras para atendimento da AAE, inclusão de quadro profissional especializado, até a priorização e qualificação da produção de vínculo profissional-usuário e autonomização, assim como o fomento à produção de diversos documentos para a gestão da clínica. Nisso, destaca-se trecho da entrevista com gestor do Paraná reforçando o papel do estado, na figura do NDS para consolidação de documentos orientadores na organização e gestão de processos de trabalho da AAE com as informações primordiais, a fim de se sistematizar as informações, mas sem desconsiderar as particularidades locais e autonomia de cada território.

"A gente não podia engessar o processo, mas a gente também foi observando ao longo do tempo que, nessa história de não engessar não dar um boneco<sup>23</sup> também é muito ruim, porque nós estamos aqui no lado pensante, né? [...] estamos aqui como no papel de ordenador dessa política,[...] e quem tá lá atendendo paciente não tem esse tempo precioso, de ir, de estudar. Então a gente também foi observando ao longo do tempo que (para construir) um modelo mínimo a gente precisava fornecer para dar um trilho pras (sic) equipes, para mostrar um norte pras as equipes, né? E a gente também foi evoluindo nesse processo" (Entrevistado – PR)

Quanto à existência e operação de mecanismos de coordenação no QualiCIS, como dito anteriormente, tem sido usada as instâncias de pactuação da CIB para adesão do CIS ao programa, fazendo com que os municípios participem das discussões, compreendam com clareza as *regras do jogo*, se responsabilizem pelas decisões e, assim, o processo acaba por se sedimentar melhor na região. Outra instância já mencionada e de grande relevância para a coordenação são as Comissões de Acompanhamento Regional e Estadual e Grupo Técnico Consultivo, sendo que ao longo do processo de construção dessa política foram inseridos atores com papéis e responsabilidades específicas e que têm contribuído nas discussões. Tal é o caso do representante da Unidade Regional, referência técnica da APS, e da atenção especializada e da Ouvidoria, além de representante do segmento de usuários nos conselhos de saúde, são exemplos que trazem óticas diferentes.

<sup>2</sup> Diz respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas, seja material ou imaterial. As tecnologias podem ser divididas em: leve com a constituição de relações para implementação do cuidado; leve-dura —a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados e dura com a utilização de

ficar em seu formato final. No contexto da entrevista, pode ser compreendido como documento modelo.

instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (COELHO & JORGE, 2009)

<sup>3</sup> No setor gráfico, é uma prova impressa de arquivo, simulando, de forma aproximada, como este deve

Já em Minas Gerais, também se vale da CIB para pactuação de etapas estratégicas no funcionamento dos CEAE, fora a Reunião Temática de Acompanhamento para avaliação do programa favorecendo a coordenação intergovernamental. Na esfera da coordenação intragovernamental, no nível central da SES-MG, a CAEA participa de vários Grupos de Trabalho e projetos demonstrando como a AAE tem um número significativo de interfaces com as demais políticas da Secretaria, e como consequência, os CEAE são acionados ou envolvidos como pontos relevantes na composição de .diversas redes.

"[...] média (complexidade) é tudo! Qualquer assunto é Média. Vai discutir LGBTQI+ tem média; se vai discutir privados de liberdade tem média. Você tem média para todos os assuntos que são discutidos. Em reabilitação. Você tem média para cirurgias [...] tem exames, interconsultas, né? Então assim, é uma gama muito grande. E a gente trabalha por rede temática, o estado concentra em redes temáticas, né? ... para estabelecer seus programas. E aí, nós estamos em todas as redes." (Entrevistado – MG).

Então, para que essas instâncias contribuam para coordenação e se verifique o atendimento das necessidades de saúde levantadas em conformidade com as diretrizes de cada programa, se faz necessário utilizar ferramentas de monitoramento e avaliação. Em Minas Gerais, há previsão do processo de supervisão com periodicidade anual, como forma de avaliar a qualidade e o desempenho assistencial dos serviços por meio da verificação dos processos de trabalho, bem como a articulação entre a APS e a AAE com base nos dados do ano anterior.

No tocante ao atendimento das metas propostas, há a o monitoramento e avaliação quadrimestral apurado com base nas informações alimentadas no Sistema de Informações Ambulatoriais em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (SIA/BPA-I), de onde são extraídos os indicadores de produção assistencial e abrangência regional, este último adicionado à avaliação para comprovação da regionalização do CEAE como ponto da rede de determinado território.

No Paraná, a avaliação é tida como de certa forma consolidada, haja visto que foi valorizada e trabalhada ao longo dos anos do COMSUS, com apoio de consultoria técnica especializada para o desenvolvimento desses instrumentos. Além disso, o estado passou por diversos processos de tutoria, com destaque para a planificação em curso, o que familiariza os atores envolvidos com o ato de monitorar e avaliar. Assim, os instrumentos de monitoramento e avaliação empregados são apurados semestralmente, sendo compostos por uma etapa focada nos processos de trabalho para verificação da qualidade prestada e do atendimento, alinhando

os CIS às diretrizes propostas pelo programa. Já na etapa seguinte, o enfoque está nas linhas de cuidado e no quantitativo alcançado para a verificação do atendimento às metas pactuadas em conformidade com estimativa programada no ato da adesão ao programa.

Como desafio a ser superado neste quesito, o Paraná identifica uma mudança de visão do que é avaliação, de uma conotação negativa vinculada à penalidade, para uma positiva e atrelada à melhoria dos processos. Já em Minas Gerais, para além do período quadrimestral proposto em resolução, precisa instituir uma rotina de monitoramento sistemática com auxílio das Unidades Regionais para prever, identificar problemas, propor estratégias e solucioná-los em tempo oportuno, ajudando, apoiando na organização do território e garantindo a continuidade dos processos, uma vez que foi destacada, em entrevista, a grande rotatividade de profissionais nos CEAE, como dificultador à esta continuidade.

Diante o exposto, percebe-se que foi necessário mobilizar fortes capacidades técnico administrativas nos dois estados, a fim de garantir condições estruturais para a AAE, sendo muitas delas otimizadas dos programas anteriores e acionadas em conjunto para efetivação das políticas em estudo.

## 4.4. DIMENSÃO POLÍTICO-RELACIONAL

No que tange à dimensão político-relacional, nos tópicos anteriores já anteciparam o envolvimento de atores e instâncias nos arranjos e os mecanismos de coordenação empregados, demonstrando como essas dimensões estão intrincadas e como o Executivo Estadual mantém relações com outros níveis de governo e poderes.

Foi possível detectar que ambas secretarias estaduais, inicialmente na estruturação das políticas, não cultivavam tanto a relação com os municípios de abrangência de seus serviços, mantendo relação direta restrita aos gestores dos ambulatórios. No entanto, foi identificado, como ponto favorável para a articulação e governança regional, o estabelecimento de consensos e responsabilização dos atores envolvidos, tanto da esfera estadual como municipal, com a utilização dos espaços da CIB e CIB regional.

"... então todas as decisões têm que perpassar pela CIB, pela questão da transparência, para monitoramento dessa execução desse recurso, né? E para tomada de decisão, porque todo o território tem que acompanhar isso e ser parte disso [...] todo gestor é responsável no final das contas pelo desempenho do serviço, né? Então a CIB realmente é considerada espaço de governança

ali para discussão de todas as questões relacionadas ao programa e flui bem. Porque dentro da nossa legislação tá claro isso, quando algumas temáticas precisam passar pela CIB. "(entrevistado - MG).

Foi identificado, ainda, em Minas Gerais a articulação com o COSEMS estadual na reestruturação da política, participando das discussões no grupo de trabalho anteriormente à publicação da Resolução 6.946/2019, que estabeleceu os CEAE.

Na rotina dos ambulatórios – AME e CEAE – há também outros tipos de relação vinculadas ao cuidado que se evidencia pela integração em rede com os outros níveis de atenção à saúde por meio das ações de matriciamento, de educação e de pesquisa, além de interconsultas, plano de cuidado compartilhado e referência e contrarreferência.

Quanto ao envolvimento com o legislativo para estruturação da AAE, nota-se que depende, em grande medida, das capacidades de articulações político-institucionais dos entes municipais ou prestadores de serviços com seus parlamentares para o direcionamento dos recursos. Dessa maneira, em Minas Gerais foi verificado nesta gestão, tratativas que culminaram em um portfólio como forma de possibilitar uma qualificação das emendas e alinhamento entre as demandas e necessidades apontadas pela SES-MG para seus programas e áreas de atuação, com as demandas trazidas pelos parlamentares na escolha de objetos e localidades para essas emendas.

Esta iniciativa foi também apontada no Paraná, só que realizada em mandatos anteriores para aquisição de equipamentos. Assim, considera-se benéfico este alinhamento com o legislativo para investimento, uma vez que tal recurso é necessário para manutenção da estrutura do SUS, sendo um ganho para o executivo, que poderia então, concentrar seus esforços no que é de fato mais oneroso no sistema: o custeio.

Já em termos de participação social, com o QualiCIS houve o condicionamento da adesão ao programa à Pesquisa de Satisfação do Usuário a ser realizada mensalmente, conforme meta pactuada e modelo disponibilizado pela Ouvidoria Geral da Saúde (OGS). Esta pesquisa tem como objetivo receber, analisar, encaminhar, acompanhar as reclamações, denúncias, dúvidas, solicitações, sugestões e elogios apresentadas por cidadãos de forma sistematizada. Além da instituição da ouvidoria nos CIS conectada à ouvidoria estadual, há participação de representante da ouvidoria da Unidade Regional nas comissões de acompanhamento e avaliação, a fim de contribuir nas discussões com abordagem do que mapeia nela. Há também nessas comissões, representante dos conselhos estadual e municipais de saúde do segmento usuário, ou seja, é indicado que um cidadão atuante no conselho participe das discussões como

forma de colaborar com a perspectiva de usuário.

O CEAE também prevê a utilização de estrutura já definida no âmbito do SUS, por meio dos conselhos estadual e municipais de saúde para *accountability* quanto aos indicadores pactuados no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), no que se refere às ações do CEAE. Além disso, acompanham as informações registradas para o projeto de execução financeira dos CEAE anual e, ao fim, de como se deu a utilização e gestão dos recursos públicos pelos serviços para prestação de contas.

Esses atores também estão envolvidos, em especial, no acompanhamento dos recursos de investimento, em que o plano de trabalho precisa passar por ciência nesses conselhos para posteriormente ser submetido à CIB. No entanto, não foram identificadas ações de fato, operantes de controle e participação social para esta política de forma contínua, sendo restritas a situações pontuais, dentre as várias etapas que envolvem o programa, denotando uma baixa participação social nos processos de formulação e implementação da política.

Quanto à atuação dos órgãos de controle interno e externo, em Minas Gerais há previsão em Resolução da disponibilização de documentos arquivados adequadamente para comprovação da utilização e gestão dos recursos públicos repassados pelo Fundo Estadual de Saúde, quando solicitado. De forma semelhante, no caso do Paraná se prevê que todas as avaliações da Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do QualiCIS comporão o processo de Convênio que será avaliado pelo Tribunal de Contas de Estado do Paraná (TCE-PR) através de site específico com a SESA-PR. Este órgão também faz a verificação das contas tanto dos municípios quanto dos CIS, sendo possível cruzar as informações do orçamento e execução anual, sob a perspectiva finalística. Além disso, há previsto a figura de fiscal de convênio para o acompanhamento dos convênios firmados entre a secretaria e os consórcios com a elaboração de relatórios anuais como forma de controle interno.

Por fim, percebe-se que as capacidades estatais, sejam elas técnico-administrativas ou político-relacionais se interconectam, sendo interativas e dinâmicas, algumas mais acionadas e claras do que outras, mas a mobilização de todas essas múltiplas capacidades foram relevantes para o entendimento do arranjo institucional e para compreensão do todo.

Quadro 4 - Síntese dos arranjos e capacidades estatais da AAE

SES	Paraná	Minas Gerais
Programa	• QualiCIS	• CEAE
Serviço	• AME	• CEAE
Priorização	Alta prioridade na agenda governamental	Alta prioridade na agenda governamental
Público Alvo	<ul> <li>Linha de Cuidado Materno,</li> <li>Linha de Cuidado Infantil;</li> <li>Linha de Cuidado do Idoso;</li> <li>Linha de Cuidado em Saúde Mental;</li> <li>Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e Linha de Cuidado da Diabetes Mellitus.</li> </ul>	<ul> <li>Linha de Cuidado Materno-infantil</li> <li>Linha de Cuidado da Mulher com ênfase na Propedêutica de Câncer de Colo de Útero</li> <li>Linha de Cuidado da Mulher com ênfase na Propedêutica de Câncer de Mama</li> <li>Linha de Cuidado do Idoso (em fase de implantação)</li> <li>Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.</li> </ul>
Cobertura	<ul> <li>21 regiões de saúde</li> <li>386 municípios</li> <li>95% das regiões de saúde</li> <li>~ 8.612.864 habitantes (TCU/2018)</li> </ul>	<ul> <li>45 regiões de saúde</li> <li>435 municípios</li> <li>50% das regiões de saúde</li> <li>~7.880.196 habitantes (TCU/2019)</li> </ul>
Recursos Humanos	<ul> <li>3 servidores especialistas em saúde</li> <li>AME – coordenador assistencial e ponto de apoio</li> <li>Consultoria com Eugênio Vilaça e CONASS</li> </ul>	<ul> <li>7 servidores especialistas em saúde</li> <li>CEAE – coordenador assistencial e gerente</li> </ul>
Financiamento	<ul> <li>Bipartite* (SES, SMS)</li> <li>Incentivo de custeio R\$ 60.377.159,88 anual</li> <li>70% fixo e 30% variável</li> <li>Previsão de recurso de investimento</li> </ul>	<ul> <li>Estadual</li> <li>Custeio R\$ 72.029.380,92 anual</li> <li>60% fixo e 40% variável</li> <li>Previsão de recurso de investimento</li> </ul>
Tecnologias	<ul> <li>(+) Investimento produção de documentos modelos para organização dos fluxos e processo</li> <li>Investimento para aquisição de equipamentos e obras</li> </ul>	<ul> <li>(-) Investimento produção de documentos modelos para organização dos fluxos e processo</li> <li>Investimento para aquisição de equipamentos e obras</li> </ul>
Monitoramento e Avaliação	Monitoramento semestral –     Comissão de Avaliação e     Acompanhamento – Estadual e     regional	<ul> <li>Monitoramento quadrimestral – SES/CAEA e Comissão Temática</li> <li>Supervisão anual – SES/URS</li> </ul>
Gerenciamento	<ul><li>Consórcios</li><li>Termo de Adesão - Convênio</li></ul>	<ul><li>Municípios</li><li>Termo de compromisso - Contrato</li></ul>
Relacionamento	Pactuações em CIB	Pactuações em CIB

		Portifólio para emendas parlamentares
Participação Social	<ul> <li>Ouvidoria</li> <li>Conselhos de Saúde</li> <li>Comissão de</li></ul>	Conselhos de Saúde
Controle	• TCE-PR, Fiscal de Convênio	• TCE-MG, CES e CMS

Fonte: elaboração própria.

Em seguida, tendo feito a descrição dos dois casos, apresentamos nossas considerações finais e conclusões.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada, pode-se captar alguns elementos importantes para uma reflexão sobre políticas públicas na área da Atenção Ambulatorial Especializada.

Primeiro, a partir do levantamento realizado para o referencial teórico e em entrevistas, não foi possível identificar atuação do Governo Federal para além dos repasses fundo a fundo, do teto MAC, sob a lógica de financiamento baseado na produção. Essa inação poderia acabar estimulando a manutenção do *status quo* da média complexidade fragmentada. Assim, é possível que a ausência de coordenação federal para políticas públicas voltadas a AAE, atrelada aos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização, sobretudo para garantir ganho de escala e oferta oportuna baseada na necessidade territorial, tenha aberto precedente para que governos estaduais almejem políticas públicas para fortalecimento da AAE.

Dessa forma, a análise dos arranjos institucionais para políticas voltadas para a estruturação da AAE nos estados de Minas Gerais e Paraná, que vieram adotar modelos bem distintos, evidenciou que há presença de atores centrais, em suas respectivas implementações: a Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial e o Núcleo de Descentralização do SUS. Essas estruturas, apesar de reduzidas em termos de recursos humanos, dispunham de um arcabouço técnico-assistencial, oriundo de seus programas antecessores e contavam, assim, com uma experiência pregressa e capacidades instaladas prévias. No entanto, ainda assim, foi necessário mobilizar capacidades de coordenação das ações, em nível intra e intergovernamental, além de desenvolver e aprimorar os recursos financeiros e tecnológicos, bem como formas de monitoramento e avaliação, participação social e controle.

Outro ponto que foi evidenciado, é que estruturar a AAE, nos moldes das RAS, requer considerar não somente as capacidades estatais da própria atenção especializada, mas também, outros mecanismos para o ordenamento dessa demanda, tais como o fortalecimento da APS; o fortalecimento da governança regional, entre outros. Assim, há uma necessidade de remodelamento do papel do estado, equilibrando descentralização com coordenação de políticas públicas, mais otimizadas, voltadas para os cidadãos com envolvimento decisório dos entes locais no desenho das políticas voltadas à AAE.

Ao término deste trabalho também ficaram retidas algumas impressões. De um lado, há em Minas um "respeite minha história", expresso pela trajetória de experiências exitosas tanto na gestão da clínica quanto de processos gerenciais modelados para atendimento das diretrizes das RAS. Tais experiências acabaram por servir de vitrine nacional para o fomento da AAE, o que evidencia o amadurecimento do estado na geração de conhecimento técnico-científico,

fruto em grande parte, do investimento em capacitações, especializações e incorporação de atores potenciais com acúmulo de conhecimento.

Já por parte do Paraná há um "mais vale a direção", denotando a constância e o trabalho paulatino para fortalecimento da parceria com os consórcios, de forma a inseri-los como pontos efetivos das Redes, perpassando as gestões de governo. O estado "como um todo, "comprou" a ideia de que a melhor estratégia para ampliação e qualificação da AAE seria em conjunto, envolvendo vários atores e valendo-se da estrutura de cooperação dos consórcios.

Fica também o mote de não haver uma só forma de estruturar a AAE, sendo necessário diversificar os instrumentos e formas de gestão, adequando-os às especificidades, seja na definição das linhas de cuidado, das condições crônicas ou por cada especialidade. Então, como desafios pontuados pelos gestores entrevistados a serem superados, há a necessidade ampliar a AAE no território de forma sustentável e qualificada e de investir em outras formas de financiamento seguindo essas particularidades, como por exemplo o pagamento de um conjunto de procedimentos mínimos necessários elencados para determinada condição, o compartilhamento do financiamento e responsabilização pela gestão entre os entes federados.

Por outro lado, mobilizar categorias sobre capacidades estatais contribuiu a fim de evidenciar como atores, instituições e processos são articulados para alcançar as ações pretendidas, corroborando com os achados de Gomide *et al.* (2018). Essa opção, ainda permitiu compreender que esses arranjos não se configuraram sozinhos, sendo necessário capacidades instaladas, já existentes ,que propiciaram a constituição do arranjo institucional da AAE nos estados estudados como visto hoje. Assim, como com Macedo (2020) foi verificado o quão dinâmicas são as capacidades estatais, além da importância das capacidades prévias construídas com a implementação de políticas anteriores.

Ao fim, espera-se ter contribuído para um campo pouco estudado na literatura sobre a Atenção Ambulatorial Especializada, para apontar para a complexidade e multiplicidade de capacidades aí envolvidas, e em como a burocracia que a coordena desempenha esse papel, cujo desempenho depende da profissionalização, qualidade e com outros atores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MARTINS FILHO, M. T.; LIMA, L. D. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 24(12):4527-4539, 2019.

ALVES JUNIOR, A. C. Con	solidando a rede de atenção às condições crônic	cas: experiência
	nas Gerais. Inovação na gestão do SUS: exp	_
_	da Saúde / Organização Mundial da Saúde. 20	
5		
20/08/2021.	Disponível	em:
<a href="https://www.saude.mg.gov.">https://www.saude.mg.gov.</a>	br/images/documentos/Rede_Hiperdia%20OPAS	%20Brasil.pdf>
BRASIL. <b>Constituição</b> (198	8). Constituição da República Federativa do Bra	asil: promulgada
em 5 de outubro de 1988 B	rasília, DF: Senado <b>Federal</b> : Centro Gráfico, 19	988. Acesso em:
21/02/2021.	Disponível	em:
<a href="http://www.planalto.gov.br/">http://www.planalto.gov.br/</a>	/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.>	
Lei Federal nº 8.0	980, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as	condições para a
promoção, proteção e recupe	eração da saúde, a organização e o funcionamen	nto dos serviços
correspondentes e dá outras p	providências. Diário Oficial da União, Brasília - D	<b>DF</b> , 20 set 1990a.
Lei n. 8142, de 19	de dezembro de 1991. Dispõe sobre a participação	o da comunidade
na gestão do Sistema Único	de Saúde - SUS e sobre as transferências intergo	vernamentais de
recursos financeiros na área o	da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78,	, n.249, p.25694,
31 dez. 1990b.		
Ministério da Sa	aúde. Secretaria Executiva. <b>Sistema Único de</b>	e Saúde (SUS):
instrumentos de gestão en	n saúde/Ministério da Saúde, Secretaria Execu	ıtiva Brasília:
Ministério da Saúde, 2002.		
Conselho Nacio	onal de Secretários de Saúde. <b>Para entende</b>	r a gestão do
SUS/Conselho Nacional de S	Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 24	48 p.

<b>Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006</b> . Divulga o Pacto pela Saúde 2006 –
Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.
Ministério da Saúde. O SUS de A-Z: garantindo saúde nos municípios/ Ministério
da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.3ed. Brasília: Editora do
Ministério da Saúde, 2009. 480p.
Ministério da Saúde. <b>Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010</b> . Estabelece
diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
(SUS). 2010.
Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta
Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS,
2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).
<b>Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011</b> . Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de
setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o
planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras
providências. 2011.
Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde,
<b>Fundação Oswaldo Cruz</b> . – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016a. 138 p. : il. –
(Série Articulação Interfederativa ; v. 4).
Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS <b>Debate – Inovação na</b>
Atenção Ambulatorial Especializada / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. — Brasília:
CONASS, 2016b. 116 p. – (CONASS Debate, 5)
Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das
normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017.

BRASÍLIA. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**/ organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola. - Brasília: Ipea, 2011. 356 p.

BRITO, M. J. M., REZENDE, L. C., ALMEIDA, N. G., MOREIRA, D. A., ÁVILA, G. S., CARDOSO, C. M. L. O Estudo de Caso como método de investigação na pesquisa qualitativa em Enfermagem. 8º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, 2019.

CANONICI, E.L. PROADI – SUS - Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde.** São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e participativa, 2014. 40p. Acesso em 13/07/2021. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/17/3-Revisao-Aten----o-Especializada.pdf.

COELHO, M. O., JORGE, M. S. B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Temas Livres. Ciênc. saúde coletiva 14 (suppl 1). 2009. Acesso em 21/08/2021. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/?lang=pt">https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/?lang=pt</a>.

COSTA, L.A. Insulamento burocrático, autonomia do Estado e inserção social: um estudo do ministério da saúde na Coordenação nacional do SUS. 2011. 167p. (Tese de doutorado apresentada no DS-UFMG).

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. S.; PUCCI, V.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 10, p. 1-14, 2020. Acesso em 21/07/2021. Disponível em: <a href="https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832/html">https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832/html</a>

DOMINGOS, C. M., FERRAZ, E. M., CARVALHO, B. G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 700-711, jul-set, 2019.

EVANGELISTA, M.J.O., GUIMARÃES, A.M.D.N., DOURADO, E.M.R., VALE, F.L.B.D., LINS, M.Z.S., MATOS, M.A.B., *et al.* O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. Cien Saude Colet. 2019;24(6):2115-24. Acesso em 29/06/2021. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019">http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019</a> PMid:31269170>.

GOMIDE, A.; PIRES, R. *Capacidades estatais e democracia:* arranjos de políticas públicas. Brasília: Ipea, 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades.** 2021. Acesso em: 15/08/2021. Disponível em:< https://cidades.ibge.gov.br/>

LOTTA, G. S. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019. 324 p.

LOTTA, G. S.; VAZ, J.C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. Revista do Serviço Público Brasília 66 (2) 171-194 abr/jun 2015.

MACEDO, A. S., FERREIRA, M.A.M. Arranjo institucional e a capacidade estatal de implementação do Projeto Mais Médicos Brasil (PMMB). Artigos Originais • Rev. Sociol. Polit. 28 (76). 2020. Acesso em: 21/06/2021. Disponível em: <a href="https://doi.org/10.1590/1678-987320287608">https://doi.org/10.1590/1678-987320287608</a>>

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. F. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 59, no 3, 2016, pp. 823 a 865.

MENICUCCI, T. M. G., COSTA, L.A., MACHADO, J.A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. Ciência & Saúde Coletiva. v. 23, n. 1, 2018.



MORÉ, C. L. O. O. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada" no contexto da saúde. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais - Atas do CIAIQ 2015, Vol. 3, pp.126-

PAIM, J. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília. 2001. Acesso em: 21/06/2021. Disponível em: <a href="https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf">https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf</a>

PAPI , L. P. Capacidades estatais e planejamento em saúde local: um esboço de mapeamento diante da pandemia da Covid-19. Democracia e Direitos Fundamentais. 2020. Acesso em: 10/08/2021. Disponível em: < <a href="https://direitosfundamentais.org.br/capacidades-estatais-e-planejamento-em-saude-local-um-esboco-de-mapeamento-diante-da-pandemia-da-covid-19/#">https://direitosfundamentais.org.br/capacidades-estatais-e-planejamento-em-saude-local-um-esboco-de-mapeamento-diante-da-pandemia-da-covid-19/#</a>>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 20202023 - Curitiba: SESA, 2020.210 p.

\_\_\_\_\_\_. Resolução SESA nº 1.418/2020. Institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde — QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades — AME no Paraná.

\_\_\_\_\_. Resolução SESA nº 1.419/2020. Institui as Comissões Estadual e Regional de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde — QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades — AME no Paraná.

\_\_\_\_\_. Resolução SESA nº 1.420/2020 Consolidada. Aprova a implantação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde — QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades — AME no Paraná.

\_\_\_\_. QualiCIS - Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Acesso em:

10/08/2021. Disponível em: <a href="https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/QualiCIS#">https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/QualiCIS#</a>>. 2021.

PIRES, R. Arranjos institucionais para implementação de políticas e ações governamentais em direitos humanos. In: Delgado, L. et al. (Orgs.). Gestão de políticas públicas de direitos humanos, Brasília: Enap, 2016.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. Á. **Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais**. Revista de Sociologia e Política, 24(58), pp. 121-143. 2016. Acesso em: 20/07/2021. Disponível em: <a href="https://www.scielo.br/j/rsocp/a/L3fXLK7DBfmxRf9jB6dmrSc/?format=pdf&lang=pt">https://www.scielo.br/j/rsocp/a/L3fXLK7DBfmxRf9jB6dmrSc/?format=pdf&lang=pt</a>

PIRES, R.R.C.; GOMIDE, A. **Governança e capacidades estatais a partir da abordagem de arranjos e instrumentos de políticas públicas.** Boletim de Análise Político-Institucional (BAPI), s/v(19). 2018. Acesso em: 03/08/2021. Disponível em: <a href="https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim\_analise\_politico/181206\_bapi\_19.pdf">https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim\_analise\_politico/181206\_bapi\_19.pdf</a>.

ROCHA, D.C. **Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada:** Elementos para pensar uma política. 2014. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014. Acesso em: 09/07/2021. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312781/1/Rocha\_DanielCarvalho\_M. pdf.

SOLLA, J; CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada**. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SOUZA, C.; FONTANELLI, F. Capacidade estatal e burocrática: sobre conceitos, dimensões e medidas.In: Mello et al. Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades Brasília: Ipea, pp. 45-69. 2020.

# **APÊNDICE**

# Relação dos entrevistados.

Código	Função
Entrevistado MG	Coordenador da Atenção Especializada Ambulatorial
Entrevistado PR	Coordenador do Núcleo de Descentralização do SUS

## ANEXO I

## ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES ESTADUAIS

**Introdução:** Inicialmente, gostaria de agradecer a disponibilidade em participar desta entrevista e certificar que o objetivo da mesma está claro ou se há algum questionamento ou esclarecimento que seja necessário. Esclareço que é assegurado o sigilo e não será possível identificar os entrevistados no trabalho, e que a qualquer momento durante essa entrevista poderá interrompê-la ou solicitar seu cancelamento após.

O objetivo deste TCC é identificar as capacidades estatais mobilizadas para construção do arranjo institucional das políticas estaduais voltadas para estruturação da Atenção Ambulatorial Especializada.

Pires, 2016 conceitua arranjo institucional de implementação como "o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma pela qual se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica", e que condicionam as capacidades do Estado em levar a cabo seus objetivos. Tais capacidades podem ser classificadas em duas dimensões: a técnico-administrativa e a política. A primeira se refere à competência das burocracias do Estado para mobilizar ações coordenadas e orientadas para a produção de resultados. A segunda diz respeito às habilidades do executivo para expandir os canais de inclusão, interlocução e negociação dos diferentes atores envolvidos, processando conflitos e prevenindo a captura de interesses específicos (PIRES, 2016).

Dessa forma nossa entrevista terá como base nesta literatura e seguirá conforme as dimensões abordadas.

## Eixo 1 - Técnico Administrativo

- Bem, para começarmos, gostaria de saber um pouco sobre quais recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis para a condução das ações voltas para a AAE no estado.
- Onde está o situado seu setor no organograma da SESA-PR/SES-MG? Quais funções desempenham?
- Qual o quantitativo de profissionais para acompanhamento da política?
- Nos serviços de atenção ambulatorial especializada houve a definição de cargo especializado, específico para gestão e acompanhamento dos processos?

- Qual o montante de recurso financeiro aportado para política?
- Há definição de recursos para custeio e investimento? Como?
- Houve a necessidade de investimento em tecnologias para desenvolvimento da política?
   Considere o contexto das tecnologias de saúde leves, leves-duras e duras.
- 2) Como você enxerga a existência e operação de mecanismos de coordenação, considere intra e intergovernamental?
- 3) Quais são as estratégias de monitoramento empregadas para acompanhamento da política? Considere nesse contexto a produção de informações, o acompanhamento de fato e exigências de desempenho.

## Eixo 2 - Político-Relacional

- Você identifica alguma forma de interação da SESA-PR/SES-MG com outros atores para consecução da política?
- 2) Considera que há operação efetiva de formas de participação social previstas na política?
- 3) Por fim, como se dá a atuação dos órgãos de controle, sejam eles internos ou externos?.

## **ANEXO II**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a). para participar da pesquisa sob o título provisório "A estruturação da Atenção Especializada Ambulatorial no Sistema Único De Saúde: Estudo de caso da atuação de duas Secretarias de Estado de Saúde no Brasil", sob a responsabilidade da graduanda Tâmara Cristina de Souza, para fim de compor o trabalho de conclusão de curso de Gestão Pública da UFMG.

Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio de participação em entrevista semiestruturada, em que se espera ouvir opiniões, percepções, sugestões e críticas livremente expressas e retratando seu melhor entendimento das questões propostas.

Não são antecipados riscos decorrentes de participação nesta pesquisa. Todavia, para evitar qualquer consequência indesejada relacionada à livre manifestação do(a) presente(e), solicitamos confidencialidade em relação às contribuições de cada participante.

Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr(a). desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(A) Sr(a). não terá qualquer despesa e também não receberá qualquer remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e poderão ser publicados. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a). poderá entrar em contato com a responsável por este trabalho pelo e-mail <a href="mailto:tamaracrisouza@gmail.com">tamaracrisouza@gmail.com</a>, telefone (31) 99276 8945 ou com o orientador deste trabalho, Dr. José Ângelo, na sala FAFICH/UFMG 4115, ou poderá entrar em contato pelo e-mail <a href="mailto:jose.machado@fafich.ufmg.br">jose.machado@fafich.ufmg.br</a>.

	Consentimento Pós–Informação
Eu,	
informado(a) sobre o que a peso entendi a explicação. Por isso, ganhar qualquer valor monetári	quisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou o ou de outra natureza, e que posso sair quando quiser. Este vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, e nós.
(Local)	Data:/
	Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável