

OFERTA E UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS NA POLICLÍNICA DA REGIÃO DE SAÚDE DE JEQUIÉ-BA

OFFERING AND USE OF SPECIALIZED CONSULTATION AND PROCEDURES IN THE POLICLINIC OF JEQUIÉ-BA HEALTH REGION

Recebido: 24/09/2019
Aceito: 28/04/2020

Samuel Santos Souza¹
Rodrigo Mascarenhas Souza²
Adriana Alves Nery³
Alba Benemérita Alves Vilela⁴
Ismar Eduardo Martins Filho⁵

RESUMO

Objetivo: apresentar e discutir a oferta, demanda e ociosidade aos serviços da Policlínica da Região de Jequié. **Metodologia:** é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizado com dados da Policlínica de Jequié – Ba, e gerida pelo consórcio público interfederativo de saúde da região de Jequié. Os dados analisados são secundários, disponibilizados pela gestão da policlínica em julho de 2019, referente às consultas e procedimentos realizados no ano de 2018. **Resultados:** foram ofertadas cerca de 41.692 consultas e 42.269 procedimentos especializados no ano de 2018, sendo que 32,7% das consultas e 42,2% dos procedimentos ficaram ociosos. **Conclusão:** verificou-se a importância que as Policlínicas têm assumido na oferta de serviços de média e alta complexidade aos seus municípios consorciados. No entanto, o número de serviços ociosos gera prejuízo aos usuários que não conseguem acesso, além de um prejuízo financeiro aos municípios que pagam por serviços que se perdem. As causas para o absenteísmo não foram passíveis de identificação neste estudo.

Palavras-chave: Regionalização. Planejamento em Saúde. Policlínicas. Sistema Único de Saúde. Absenteísmo.

ABSTRACT

Objective: present and discuss a supply, demand and idleness to the services of the Polyclinic

¹ Enfermeiro especialista em Saúde coletiva. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: samuelsantossouza@hotmail.com

² Cirurgião-Dentista. Graduado pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente do curso de odontologia da Faculdade de Ciências e Tecnologia – FTC Jequié. Aluno especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: rodsouza.jeq@ftc.edu.br

³ Professora titular do Departamento de Saúde II, docente e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. E-mail: aanery@uesb.edu.br

⁴ Professora titular do Departamento de Saúde II, docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. E-mail: albavilela@gmail.com

⁵ Professor titular do Departamento de Saúde II, docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. E-mail: iemfilho@uesb.edu.br

of the Jequié Region. **Methodology:** This is a descriptive study with a quantitative approach conducted with data from the Jequié - Ba Polyclinic, and managed by the inter - federative public health consortium of the Jequié region. The data analyzed are secondary, made available by the management of the polyclinic in July 2019, referring to consultations and procedures performed in 2018. **Results:** about 41,692 consultations and 42,269 specialized procedures were offered in 2018, with 32.7% consultations and 42.2% of the procedures were idle. **Conclusion:** it was verified the importance that the Polyclinics have assumed in the provision of medium and high complexity services to their consortium municipalities. However, the number of idle services causes harm to users who are unable to access, as well as a financial loss to municipalities that pay for lost services. The causes for absenteeism were not identifiable in this study.

Keywords: Regional Health Planning. Health Planning. Health Centers. Unified Health System. Absenteeism.

INTRODUÇÃO

A Regionalização, enquanto diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente sanitárias no intuito de redução das históricas e crônicas desigualdades que assolam o país desde seus primórdios e de garantia e promoção de equidade social (FERNANDES, 2017).

Entendendo o processo de Regionalização como sendo um eixo estruturante do SUS, pode-se afirmar que ele vem sendo aprimorado como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, base para a efetiva gestão desse sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais. Fica clara a necessidade de se instituírem mecanismos de coordenação e cooperação entre os entes federados, reconhecida a sua relação de interdependência, como desafios do ponto de vista da governança sistêmica do SUS (BRASIL, 2013).

Diante de todo este contexto, o estado da Bahia, no âmbito da Secretaria estadual de saúde, tem estimulado a formação de Consórcios Interfederativos de Saúde, que consistem na junção de municípios por Regiões de Saúde do estado, para unir esforços e dividir os custos com a assistência à Saúde de seus habitantes. Esse modelo de gestão visa ampliar a assistência de saúde da média e alta complexidade nos municípios baianos. O Consórcio possibilita que o cidadão tenha um atendimento de qualidade de média complexidade, com a oferta de consultas de diversas especialidades médicas e a realização de exames de imagem e outros em Policlínicas. Estas Policlínicas são construídas com recursos estaduais e ofertadas aos consórcios, sendo os custos de funcionamento divididos entre estado (que assume 40% dos custos) e o consórcio (que assume os 60% restantes (CISRJ, 2019).

Diante disso, tem-se como objetivo deste artigo apresentar e discutir a oferta, demanda e ociosidade aos serviços da Policlínica da Região de Jequié

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Faz-se necessário compreender o contexto histórico em âmbitos nacional e estadual, do processo de regionalização do sistema de saúde pública que possibilitou a formação e implantação de Consórcios Interfederativos de Saúde no estado da Bahia, de modo que se possa compreender as bases legais que norteiam as políticas públicas de saúde implementadas.

Mello e Viana (2012), afirmam em seu artigo que é na segunda metade dos anos 1960, década do 'planejamento em saúde' por excelência, que o conceito de regionalização adquire sua forma contemporânea também relacionada ao desenvolvimento regional. Essa questão – naturalmente imbricada com a descentralização – foi amplamente trabalhada e difundida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ainda segundo esses autores, a visibilidade da regionalização no Brasil se revela nos Anais do 17º Congresso Brasileiro de Higiene, em 1968, quando, ao contrário das edições anteriores, o conceito se torna orgânico da ideia de integração nas áreas de administração e planejamento. A partir da década de 1970 já é comum encontrar o conceito nos projetos de reorganização sanitária.

A regionalização esteve no centro das discussões da Saúde Coletiva, em meio ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nas décadas de 70 e 80, que debateu o projeto para um sistema nacional de saúde pública e social, de gestão democrática, abrangendo questões referentes ao financiamento, a universalidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a regionalização, introduzidos a organização e ao planejamento das ações e serviços em saúde (FLEURY, 2009).

No âmbito do estado da Bahia, a descentralização e a regionalização ganharam impulso com a Lei 2.321, de 1966, e com a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, que dividiu o território baiano em 21 macrorregiões administrativas (regiões geoeconômicas). Nos anos seguintes, o Decreto 20.356/1967 e o Decreto 21.589/1969, regulamentaram a instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS), implantando-os em municípios com maior concentração populacional e de serviços de saúde, alcançando um total de 13 CERS aprovados para implantação (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973).

Caminhando um pouco mais na linha do tempo, após o processo de redemocratização pelo qual passou o Brasil, tem-se no final dos anos 80 a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a qual legitimou a saúde como dever do Estado e direito de todos, mediante políticas públicas, garantindo ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, destacando a descentralização e a regionalização entre suas diretrizes (BRASIL, 1988).

Após a promulgação da CF e sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e 8.142/90, a descentralização das ações e serviços para os municípios

tornou-se umas das principais marcas da nova correlação de forças na Saúde. A LOS nº 8.080/90 manteve, de forma genérica, a proposta de “[...] descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”, com “[...] ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” e “[...] regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990).

No entanto, apesar da previsão, desde o início, da descentralização e regionalização, não era essa a realidade vivida pelos entes federados: os municípios acabavam de entrar na gestão do sistema e os dispositivos de controle social e participação começavam a se organizar. Apesar das diretrizes previstas para o sistema sobre descentralização e regionalização, não existiam instrumentos por meio dos quais o planejamento desses movimentos sistêmicos pudesse ocorrer (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014).

É neste contexto que nos anos 90 e início dos anos 2000 as diferentes Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência Social (NOB 91, NOB 92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001 e NOAS 2002) são publicadas. Estas normas foram estratégias do Ministério da Saúde que buscaram induzir formas de gestão, provisão e financiamento de estados e municípios, ainda que “estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional” (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde como um movimento de mudança que não é considerado uma norma operacional, mas um acordo interfederativo. Neste documento é definido o conceito de Regiões de Saúde, sendo estes recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhada no território. A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade no acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006).

Diante de todas estas normativas publicadas pelo Ministério da Saúde, o cenário no estado da Bahia se modifica bastante. Um exemplo destas mudanças é que antes da publicação da NOB 96, que simplificou as modalidades de gestão municipal, apenas 25 municípios baianos estavam habilitados a gestores do SUS. Esse número saltou para 351 municípios nos anos de 1997/98 (SANTOS; ASSIS, 2017).

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no financiamento compartilhado no SUS, podendo os entes federados optarem por uma adesão ‘voluntária’ para um modelo de contratualização (Termo de Compromisso de Gestão) entre os gestores das três esferas de governo. Nesse aspecto, o governo da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão por meio da Portaria 2.581, de 2007. Esta adesão trouxe novas relações de

cooperação. Nesta perspectiva, dos 417 municípios baianos, 347 (83%) estão sob Gestão Estadual do Sistema de Saúde, e 70 (17%) municípios assumiram o Comando Único do sistema de saúde local (comprometeram-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território). Ressalta-se que, no Estado da Bahia, 269 municípios assinaram o Pacto pela Saúde (SANTOS; ASSIS, 2017).

No entanto, mesmo com todas estas normativas legais que facilitaram e, de certa forma, estimularam gestões municipais dos serviços de saúde, a integralidade na atenção à saúde da população – um dos princípios do SUS – não é algo de fácil obtenção para um município de modo isolado. Logo, o imperativo da racionalidade e a necessidade de compartilhamento, otimização e maximização de recursos de ordem física, financeira e humana para que os problemas de saúde sejam sanados e prevenidos a contento se tornam estrategicamente indispensáveis (FERNANDES, 2017).

Em 2011 foi publicado o decreto presidencial nº 7508 que, ao regulamentar aspectos da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), institui um novo modelo de gestão do SUS, ao dispor sobre a sua organização em regiões de saúde, cujas ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a atenção psicossocial, devem estar organizados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011)

A Resolução CIT nº01, de setembro de 2011, pactuada a partir do Decreto 7508/11, estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde no âmbito do SUS, ficando definido que:

Artigo 2º - "As regiões de saúde serão instituídas pelos estados em articulação com os municípios, nos termos do disposto no Decreto 7.508/2011, e conforme disposto nesta resolução".

§ 1º - "Considera-se região de saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (CIT, 2011, n.p.)

A partir do Decreto nº 7.508, algumas mudanças no processo organizativo do SUS são trazidas para o cotidiano da gestão. Nessa perspectiva, a Pactuação Programada Integrada (PPI) agora ganha um novo status frente ao processo de planejamento e gestão regionalizada pois agora deverá abranger o conjunto de ações e serviços de saúde e não somente a média e alta complexidade cuja fonte de financiamento é federal (LEAL et al., 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizado com dados da Policlínica Regional de Saúde da Região de Jequié – Ba, e gerida pelo consórcio público interfederativo de saúde da região de Jequié.

A Policlínica regional de Jequié é uma unidade especializada de apoio diagnóstico e terapêutico com serviços de consultas clínicas especializadas em exames gráficos e de imagem, possui 2.848,32m² de área construída com 12 consultórios. O consórcio público interfederativo de saúde da região de Jequié atende aos 492.199 habitantes dos municípios de Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Boa Nova, Brejões, Cravolândia, Dário Meira, Ibirataia, Ipiaú, Irajuba, Iramaia, Itagi, Itagibá, Itamari, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Lajedo do Tabocal, Manoel Vitorino, Maracás, Nova Itarana, Planaltino, Santa Inês, cidade que formam a região de saúde de Jequié, mais os 45.695 habitantes das cidade Ubaitaba e Ubatã , que mesmo não fazendo parte dessa região de saúde são municípios consociados (CISRJ, 2019).

Os dados analisados são dados secundários, disponibilizados pela gestão da policlínica em julho de 2019, referente às consultas e procedimentos realizados no ano de 2018, portanto, dados de domínios público, retrospectivos, que foram transcritos para tabelas elaboradas pelos próprios pesquisadores.

Realizou-se também uma breve caracterização da população residente nos municípios que compõem o consórcio público interfederativo de saúde da região de Jequié. Para tanto, foi utilizada os dados coletados no Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Para discutir a relação entre os serviços (procedimento e consultas) ofertados e realizados, os dados coletados foram organizados em tabelas, e a quantidade de procedimentos e consultas ociosas foram estabelecidas a partir da diferença entre o número de serviços ofertados e realizados. Os resultados foram expressos em frequências absolutas e relativas. Esses cálculos foram realizados com auxílio do programa Microsoft Office Excel.

Os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram preservados, não sendo necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um estudo desenvolvido com dados secundários de domínio público.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas da população residentes nos 29 municípios compõem o consórcio público interfederativo de saúde da região de Jequié. A maioria da população residente nesses municípios são do sexo feminino (50,36%), residentes na zona urbana (75,06%) e a principal faixa etária é a 30 a 59 anos com (34,21%) da população.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população residente nos municípios que compõem o consórcio público interfederativo de saúde da região de Jequié. n = 537894. Jequié, Bahia Brasil 2019.

	n	%
Sexo		
Masculino	266992	49,64
Feminino	270902	50,36
Residente		
Urbano	403730	75,06
Rural	134164	24,94
Faixa etária		
Menores de 15 anos	139710	25,97
De 15 a 29 anos	149339	27,76
De 30 a 59 anos	184001	34,21
60 ou mais	64844	12,06

Em relação às consultas especializadas (Tabela 2), pode-se observar que a Policlínica regional de Jequié ofertou 41.692 consultas especializadas no ano de 2018, sendo que apenas 28.078 desse serviço foram realizados, portanto (32,7%) das vagas disponibilizadas para consultas ficaram ociosas. As especialidades médicas com maiores números de consultas ofertadas foram a Otorrinolaringologia com 6.640 vagas ofertadas, seguida por Cardiologia e Ginecologia com 5.760 e 4.326 vagas ofertadas respectivamente. No que se refere às vagas ociosas, as especialidades médicas que tiveram os maiores números proporcionais de vagas ociosas foram anestesiologia (92,6%), Cirurgião geral (52,7%) e Otorrinolaringologia (38,9%).

Tabela 2 - Consultas especializadas ofertadas x realizadas na policlínica de saúde da região de Jequié no ano de 2018. Jequié, Bahia Brasil, 2019.

Especialidades	Consultas			
	Ofertadas	Realizadas	Ociosas	
	N	N	N	%
Cardiologista	5760	4437	1323	23,0
Endocrinologista	2084	1805	279	13,4
Urologista	3572	2415	1157	32,4
Ginecologista	4326	2773	1553	35,9
Gastroenterologista	2539	1835	704	27,7
Otorrinolaringologista	6640	4055	2585	38,9
Ortopedista	3399	2590	809	23,8
Pneumologista	2975	1879	1096	36,8
Cirurgião geral	2075	981	1094	52,7
Dermatologista	2514	2141	373	14,8
Oftalmologista	2171	1741	430	19,8

Especialidades	Consultas			
	Ofertadas	Realizadas	Ociosas	
	N	N	N	%
Anestesiologista	2160	160	2000	92,6
Neurologista	1025	917	108	10,5
Reumatologista	320	258	62	19,4
Mastologista	132	91	41	31,1
TOTAL	41692	28078	13614	32,7

De acordo com a Tabela 3, pode-se observar que a Policlínica regional de Jequié ofertou 42.269 procedimentos especializados no ano de 2018, sendo que destes apenas 24.428 foram realizados, portanto (42,2%) das vagas disponibilizadas para os procedimentos especializados ficaram ociosas. Os procedimentos com maiores números de vagas ofertadas foram Radiografia (8.074) vagas, Mamografia (6625) vagas, Tomografia (6613) e eletrocardiograma (6294) vagas. Sobre as vagas ociosas, podemos observar também na Tabela 3, que os procedimentos com maiores números proporcionais de vagas ociosas foram Mamografia (59,7%), Histeroscopia (59,5%), Tomografia (57,9%), USG Transretal (56,7%) e Eletroencefalograma (56,3%).

Tabela 3 - Procedimentos especializados ofertadas x realizadas na policlínica de saúde da região de Jequié no ano de 2018. Jequié, Bahia Brasil, 2019.

Especialidades	Consultas			
	Ofertadas	Realizadas	Ociosas	
	N	N	N	%
Eco	1744	1426	318	18,2
Eletrocardiograma	6294	3819	2475	39,3
Eletroencefalograma	1158	506	652	56,3
Endoscopia	882	624	258	29,3
Mamografia	6625	2668	3957	59,7
Radiografia	8074	5208	2866	35,5
Colposcopia	84	43	41	48,8
Histeroscopia	74	30	44	59,5
Ressonância magnética s/ sedação	4623	3100	1523	32,9
Tomografia	6613	2782	3831	57,9
Ultrassonografia	2557	1901	656	25,7
Ergometria	1753	1074	679	38,7
Holter	553	331	222	40,1
Tomografia com contraste	555	415	140	25,2
Mapa	620	475	145	23,4
USG transretal	60	26	34	56,7
Total	42269	24428	17841	42,2

DISCUSSÃO

Estudos apontam para a importância do planejamento no desenvolvimento das políticas públicas (OLIVEIRA, 2006). No setor saúde, o planejamento assumiu um papel primordial no direcionamento das ações, para que essas atinjam o resultado esperado. Destarte, planejar no setor saúde não se resume a um conjunto de intenções ou simples tomada de decisão, mas a tentativa sistemática e articulada de ofertar serviços com qualidade e que atendam às necessidades da população (VIEIRA, 2009).

Porém, quando se leva em consideração que municípios de pequeno porte possuem pouca capacidade de gerir sozinho as necessidades de consultas e procedimentos especializados, que podem ser os mais diversos possíveis, há que se desenvolver formas de planejamento intermunicipais, de modo que redes sejam estabelecidas para atender estas demandas (FLEURY, 2009)

Neste contexto, o governo do estado da Bahia estimulou o surgimento dos consórcios públicos de saúde a partir de 2014, o que foi amparado legalmente pelo decreto nº 7.508 de 2011 que criou um cenário favorável para a estruturação de redes regionalizadas, colocando o Planejamento Regional Integrado como processo de contínua negociação entre gestores de uma região. Esta perspectiva converge com a união de esforços entre gestores municipais e estadual de modo a aumentar a capacidade de atendimento e resolutividade na oferta de ações de média e alta complexidade (BAHIA, 2017).

Nesse sentido, este estudo sugere que a oferta de consultas médicas especializadas, bem como os procedimentos realizados na policlínica da região de Jequié, não coaduna com o perfil sociodemográfico da população adscrita, uma vez que, mesmos com uma população de 25,97% menores de 15 anos e 12,06% de idosos, percebe-se a ausência de profissionais especialistas para estas faixas etárias, a exemplo de pediatras e geriatras respectivamente.

O Ministério da Saúde preconiza que os serviços de atenção básica sejam prestados por médicos da família, e que funcionem como porta de entrada do sistema de saúde. Entretanto há limitação da atuação dos médicos da família para o atendimento das crianças e adolescentes (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011) em sua atenção básica à saúde. A composição das equipes do programa tem sido questionada como insuficiente, sendo uma das críticas a ausência do pediatra. Este trabalho analisou parte da experiência do município de Campinas (SP). Diante disso, compreendemos a necessidade em ter a oferta dessa especialidade no rol das consultas ofertadas na policlínica da região de saúde de Jequié.

Fica evidente também a necessidade do geriatra como uma especialidade a ser ofertada, uma vez que compreendamos o intenso processo de transição demográfica experienciada no Brasil, que impulsionado pelo aumento na expectativa de vida e associado a queda da taxa de natalidade, provoca mudanças significativas na pirâmide etária, aumentando a proporção relativa de pessoas na faixa etária acima de 60 anos (ARAÚJO, 2012). Esse novo cenário traz uma demanda cada vez maior para a geriatria, uma vez que esta especialidade está relacionada a melhorias na qualidade de vida

dos paciente e seus familiares, visto que a maioria das doenças que acometem as pessoas nessa faixa etária são crônicas e incuráveis, necessitando de uma acompanhamento especializado e contínuo (KIKUCHI, 2012).

A oferta de 41.692 consultas especializadas e 42.269 procedimentos especializados no ano de 2018 pela policlínica regional de saúde de Jequié, conforme apresentado nas tabelas 2 e 3 respectivamente, permite maior contato entre os médicos generalistas, que atendem na Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios consorciados, e os profissionais especialistas, por meios da referência e contra referência dos pacientes para policlínica. Ampliar o acesso à média complexidade é também qualificar a atenção primária, aumentar sua resolutividade e diminuir as barreiras financeiras do acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2010).

Muito embora possamos perceber pelos resultados apresentados nas tabelas 2 e 3 que há uma oferta significativa de consultas e procedimentos, é possível também perceber que há um grande percentual desses serviços ociosos. Cerca de 32,7% das consultas e 42,2% dos procedimentos deixaram de ser realizados, o que caracteriza um número muito alto de absenteísmo. Isso além de ser um contrassenso sob o aspecto das dificuldades em se conseguir acesso a serviços especializados de qualquer natureza, também se torna um prejuízo financeiros aos consorciados que pagaram por um serviço que deixou de ser utilizado por seus munícipes.

Da Silveira Bender e colaboradores (2010), pesquisando sobre fatores relacionados às ausências de usuários nas consultas especializadas referenciadas por uma Unidade Básica de Saúde e sua implicação para a Atenção Básica conseguiram identificar alguns fatores que podem contribuir para tal situação. Mencionaram como possíveis causas de ausências falhas na comunicação estabelecida com o usuário, desde uma inadequada orientação quanto à realização da consulta, ao aviso ao usuário sobre o agendamento. Outra causa apontada no estudo está relacionada há falta de flexibilidade para conseguir mudanças nas datas das consultas agendadas, o que foi tomado como um fator que poderia gerar certo tumulto no fluxo de encaminhamento.

Podemos citar como limitações do estudo, a insuficiência de dados, principalmente referente aos aspectos sociodemográficos, o que impossibilitou uma melhor caracterização dos usuários de serviço da policlínica de saúde de Jequié. E ainda a insipiência da literatura relacionado ao tema estudado, dificultado uma discussão mais aprofundada sobre os resultados encontrados. Análise posterior pode ser realizada comparando-se a realidade da policlínica de Jequié com outras unidades, de modo que possa ser identificado a quantidade de serviços ociosos são compatíveis com as demais policlínicas, ou se trata de uma especificidade da unidade de Jequié.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível verificar a importância que as Policlínicas têm assumido na oferta de serviços de média e alta complexidade aos seus municípios

consorciados, uma vez que no processo de regionalização os municípios são estimulados a estabelecerem pactos interfederativos, organizando seus serviços de saúde em rede de assistência.

Em contrapartida, o número de serviços ociosos gera prejuízo aos usuários que não conseguem acesso, além de um prejuízo financeiro aos municípios que pagam por serviços que se perdem. As causas para o absenteísmo não foram passíveis de identificação neste estudo.

Portanto, entende-se que é necessária uma investigação mais específica de modo a se identificar as reais causas para um número tão expressivo de consultas e procedimento ociosos no dia-a-dia da Policlínica regional de saúde de Jequié. Desta forma pode-se aumentar a efetividade deste instrumento no que se refere a oferta de serviços de média e alta complexidade. Percebe-se também que uma vez solucionado o problema do absenteísmo, outros serviços podem e devem ser ofertados de modo que os municípios consorciados tenham suas demandas atendidas de maneira mais eficiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 286–298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. DE L. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1479–1488, 2011.

ARAÚJO, J. D. DE. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533–538, dez. 2012.

ARAÚJO, J. D. DE; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 7, p. 1–19, mar. 1973.

BAHIA, 2017 SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**, 2017. Disponível em: <<http://www.igapora.ba.gov.br/arquivos/fotos/184405201728111.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2019

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 1 jul. 2019

BRASIL. **LEI nº 8.080, DE 19 DE Set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 DE Jun. de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências,** 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 23 set. 2019

BRASIL, M. S. **A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE E OS MECANISMOS DE GOVERNANÇA SISTÊMICA DO SUS - Os espaços de governança interestaduais,** 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/21/NT2107.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2019

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 57–68, mar. 2014.

CISRJ. **Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Jequié.** Disponível em: <<http://www.consorcio.jequie.ba.io.org.br/>>. Acesso em: 1 set. 2019.

CIT., M. S. **Resolução nº 1, DE 29 de Set. de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.,** 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html>. Acesso em: 23 set. 2019

DA SILVEIRA BENDER, A.; MOLINA, L.; MELLO, A. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 11, p. 56–65, 1 jun. 2010.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1311–1320, abr. 2017.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743–752, jun. 2009.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

KIKUCHI, E. L. Especialidades Médicas - Geriatria. **Revista de Medicina**, v. 91, p. 33–35, 18 jul. 2012.

LEAL, M. B. et al. A experiência do observatório baiano de regionalização: uma ferramenta para avaliação e qualificação da gestão regionalizada do SUS na Bahia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1219–1239, dez. 2012.

OLIVEIRA, J. A. P. DE. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 2, p. 273–287, abr. 2006.

SANTOS, A. M. DOS; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 13, n. 2, 20 jun. 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. **Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Conasems/Idisa: Brasília/Campinas**, 2007.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565–1577, out. 2009.