

A lógica remuneratória da Atenção Ambulatorial Especializada como fator indutor do modelo de cuidado

The remuneration logic of Specialized Outpatient Care leading to the fragmentation of care

Elaine Maria Giannotti¹, Luis Fernando Nogueira Tofani¹, Mariana Alves Melo², Cristian Fabiano Guimarães¹, Rosemarie Andrezza¹, Arthur Chioro¹

DOI: 10.1590/2358-289820251469863P

RESUMO O artigo traz reflexões sobre as influências da forma de remuneração da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) do Sistema Único de Saúde (SUS) no modelo de atenção à saúde e apresenta algumas estratégias adotadas para o enfrentamento da fragmentação do cuidado. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo que se utiliza do material empírico produzido a partir de duas pesquisas realizadas em Secretarias Municipais de Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Os achados apontam que a lógica remuneratória da AAE, baseada no pagamento por procedimento, induz à fragmentação do cuidado e não parte das necessidades dos usuários. Indica, ainda, que o modelo dos contratos de gestão também pode ser fragmentador do cuidado, especialmente quando avalia apenas a eficiência do prestador contratado, e não o cuidado ofertado. Ao mesmo tempo, as experiências analisadas demonstram a organização de dispositivos regulatórios para um cuidado em rede. Conclui-se que é necessário pensar modelos de remuneração que induzam ao uso de tecnologias leves e relacionais, cuja avaliação de desempenho seja coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Administração de serviços de saúde. Atenção secundária à saúde. Regulação e fiscalização em saúde. Assistência integral à saúde. Financiamento dos sistemas de saúde.

ABSTRACT *The article reflects on the influences of the form of remuneration for the Specialized Outpatient Care (AAE) in the Unified Health System (SUS) on the health care model and presents some strategies adopted to address the fragmentation of care. It is a qualitative study that uses empirical material produced from two surveys carried out in Municipal Health Departments and the State Health Department of the State of São Paulo. The results indicate that the remuneration logic of AAE, based on payment per procedure, leads to the fragmentation of care and the starting point is not the user's needs. It also indicates that the management contract model can also fragment care, especially when it only evaluates the efficiency of the contracted provider and not the care offered. At the same time, the experiences analyzed demonstrate the organization of regulatory devices for networked care. It is concluded that it is necessary to consider remuneration models that encourage the use of light and relational technologies, whose performance assessment is consistent with the principles and guidelines of the SUS.*

KEYWORDS *Health services administration. Secondary care. Health care coordination and monitoring. Comprehensive health care. Health system financing.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
emgiannotti@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Garantir acesso às ações e aos serviços de saúde, com equidade e integralidade no cuidado, tem sido um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação^{1,2}. Uma das explicações para essa dificuldade advém da insuficiência histórica de financiamento e dos modelos de remuneração utilizados para pagamento de serviços ambulatoriais especializados³.

Sendo um sistema contra hegemônico, haja vista que nasce em tempos da Grande Virada Neoliberal⁴, o SUS enfrentou, durante todo o seu processo de implementação, restrições orçamentárias advindas da adoção de políticas econômicas austeras que reduziram os gastos públicos e subsidiaram o setor privado. De tal maneira, o SUS é marcado historicamente por um subfinanciamento crônico, com período crítico recente de desfinanciamento^{5,6}. Além disso, desde 2015, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 86⁷, emendas parlamentares passaram a consumir o piso federal do SUS em volumes crescentes, comprometendo o processo de planejamento a partir de necessidades de saúde, e sem a devida legitimação das instâncias de pactuação interfederativa e de participação popular.

Assim, os gestores do SUS convivem com enorme pressão de demanda por serviços de média complexidade ambulatorial, que se apresentam permeados por relações de competição e conflitos entre os setores governamental e privado⁸. Para Tesser e Poli Neto³, a hegemonia neoliberal contribuiu para a construção de um cenário onde os cuidados especializados ambulatoriais permaneceram sob controle, em sua maior parte, da iniciativa privada. Segundo eles, a “organização da atenção especializada no SUS seria muito competitiva ou mesmo avassaladora para o mercado da saúde”³⁽⁹⁴³⁾, de tal forma que o ‘vazio de diretrizes’ para Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é indicativo de conflitos de interesses entre poderes políticos e econômicos antagônicos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se fortalecendo como porta de entrada para os

agravos crônicos e tem se consolidado como a principal forma de acesso às especialidades. Para Starfield⁹, a possibilidade de um primeiro contato com profissionais da APS antes de um especialista está associada diretamente à redução da utilização de outros serviços especializados e às consultas em salas de emergência. No entanto, a APS ainda encontra dificuldades para realizar a continuidade do cuidado quando se identifica a necessidade de encaminhamentos para AAE.

As portas de urgência do SUS também se consolidaram na última década como importantes pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, mas parte significativa de sua demanda decorre da agudização de agravos que poderiam ser acompanhados pela APS ou pelo cuidado compartilhado entre os níveis de atenção¹⁰. Para Giannotti¹¹, quando há deficiências na acessibilidade, o sistema se subverte, sobrecarregando as portas de urgências ou gerando grandes filas de espera para os procedimentos eletivos.

Nesse cenário, coube a estados e municípios a responsabilidade por grande parte do financiamento da AAE e pela adoção de estratégias para ofertar ou contratar serviços e promover sua integração em rede¹. Em 2024, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)¹² visando a ampliar o acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos da AAE de forma integrada com a APS, a partir do fomento de um novo modelo de remuneração por pacotes de serviços chamado Oferta de Cuidados Integrados.

O presente estudo tem como objetivo produzir reflexões sobre as influências da forma de remuneração da AAE vigente no SUS no modelo de atenção à saúde e identificar estratégias formuladas por gestões municipais para o enfrentamento da fragmentação do cuidado.

Material e métodos

O estudo de caráter qualitativo foi desenvolvido a partir de duas pesquisas, desenvolvidas

em três cenários. A pesquisa 1 partiu de um estudo de casos múltiplos, em um dos 27 territórios do município de São Paulo, chamado de Supervisão Técnica de Saúde (cenário A), e em um município de pequeno porte (cenário B), também localizado na Região Metropolitana da Grande São Paulo, definidos previamente por seus distintos portes populacionais. A pesquisa 2 toma como estudo de caso o estado de São Paulo (cenário C), e foi desenvolvida no âmbito do Projeto de Apoio à Formulação e Implementação da Política Nacional de Atenção Especializada no SUS, do Termo de Execução Descentralizada nº 08/2023, celebrado entre o MS e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)¹³.

Para a consecução do estudo, foi realizada análise retrospectiva dos modelos de remuneração dos serviços da AAE e das estratégias e instrumentos utilizados para favorecer o acesso e o cuidado integral.

A pesquisa 1 baseou-se na análise de documentos produzidos pelos atores dos cenários A e B e em dados primários obtidos por meio de 10 entrevistas semiestruturadas e quatro Grupos Focais, realizados entre março e outubro de 2022. As entrevistas semiestruturadas partiram de um roteiro para identificar de forma abrangente as questões abordadas no campo, a partir das hipóteses decorrentes do objeto de investigação, sem cerceamento da fala dos entrevistados. A técnica de grupos focais foi escolhida por se destinar ao estudo de representações e relações de diferentes grupos de profissionais e seus processos de trabalho¹⁴.

As entrevistas com gestores e profissionais e os grupos focais foram realizados presencialmente ou à distância, por meio do Google Meet, conforme a conveniência de cada entrevistado, com duração entre 60 minutos e 90 minutos.

Também foram entrevistados quatro usuários indicados pelas respectivas gestões municipais, por frequentarem com regularidade os serviços dos municípios citados. A partir das experiências trazidas, buscou-se compreender os processos de adoecimento e as impressões sobre o acesso e o cuidado ofertado. Com a coleta dos depoimentos desses informantes-chave, foi possível conhecer a relação desses usuários com os serviços de saúde e suas impressões sobre eles, utilizando a abordagem metodológica de Mapas do Cuidado¹⁵ para analisar os circuitos alternativos de cuidado produzidos para conseguir o acesso que consideravam necessário, a partir de configurações diferentes do preconizado pela regulação formal, incluindo a combinação de serviços públicos e privados¹⁶.

A pesquisa 2 baseou-se na análise de documentos, normativas e materiais coletados de sítios eletrônicos elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e nos materiais de transcrição de entrevistas e seminários realizados entre outubro de 2023 e maio de 2024, no âmbito do Projeto acima citado.

O *quadro 1* apresenta a caracterização dos entrevistados nos Cenários A, B e C nas Pesquisas 1 e 2.

Quadro 1. Qualificação dos atores entrevistados e forma de coleta das informações

Cenário	Qualificação dos entrevistados	Coleta das informações
Pesquisa 1 cenário A	Gerente substituto da central de regulação da Coordenadoria Regional	Entrevista 1
	Gestor da Organização Social (responsável pela gestão dos serviços do território)	Entrevista 2
	Assistente do Gestor da Organização Social	Entrevista 2
	Responsável pelo agendamento da Unidade Básica de Saúde	Grupo Focal 1
	Gerente	Grupo Focal 1

Quadro 1. Qualificação dos atores entrevistados e forma de coleta das informações

Cenário	Qualificação dos entrevistados	Coleta das informações
Pesquisa 1 cenário A	Enfermeira responsável técnica	Grupo Focal 1
	Educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Grupo Focal 1
	Médico da família	Entrevista 3
	Gerente do Hospital Dia/Ambulatório de Especialidade	Grupo Focal 2
	Médico interlocutor de rede da Rede de Urgência	Grupo Focal 2
	Médico 1 interlocutor de rede do Hospital Dia	Grupo Focal 2
	Médico 2 interlocutor de rede do Hospital Dia	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede de uma Unidade Básica de Saúde e Ambulatório Médico Especializado integrado	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede da Unidade de Pronto Atendimento 1 do território	Grupo Focal 2
	Enfermeira interlocutora de rede da Organização Social	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede de uma Unidade Básica de Saúde integrada do território	Grupo Focal 2
	Médica interlocutora de rede da Unidade de Pronto Atendimento 2 do território	Grupo Focal 2
	Usuário 1 - Sol - aposentado, conselheiro local da Unidade Básica de Saúde, casado, dois filhos adultos, uma nora e um neto morando juntos	Entrevista 4
Usuária 2 - Lua - dona de casa, casada, com duas filhas, de 20 e 21 anos, morando juntas	Entrevista 5	
Pesquisa 1 cenário B	Gestora Municipal de Saúde	Entrevista 6
	Coordenadora da Central de Regulação Municipal	Entrevista 7
	Médico Regulador	Entrevista 8
	Gerente	Grupo Focal 3
	Pediatra	Grupo Focal 3
	Responsável pelo agendamento	Grupo Focal 3
	Enfermeira	Grupo Focal 3
	Gerente	Grupo Focal 4
	Cardiologista	Grupo Focal 4
	Responsável pelo atendimento da recepção	Grupo Focal 4
	Usuária 3 - Estrela - Dona de casa, casada, com dois filhos, de 7 e 13 anos	Entrevista 9
Usuária 4 - Trabalha como vendedora, solteira, mora sozinha	Entrevista 10	
Técnicos e gestores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Transcrição do Seminário de restituição da pesquisa	
Representante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Utilização do material de transcrição de entrevista da pesquisa 2	
Pesquisa 2 cenário C	Apoiadores do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo	Utilização do material de transcrição de roda de conversa da pesquisa 2
	Gestor e assessores de um município	Utilização do material de transcrição de seminário de restituição da pesquisa

Fonte: elaboração própria.

O Projeto da pesquisa 1 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 40913920.7.0000.5505 e Parecer nº 5.052.186) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE 40913920.7.3001.0086 e Parecer nº 5.084.807). O Projeto da pesquisa 2 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (CAAE 74672723.6.0000.5505 e Parecer nº 7.022.888). Ambos seguiram as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012¹⁷ para pesquisas que envolvem seres humanos.

Todos os entrevistados e participantes dos Grupos Focais e do Seminário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os conteúdos das entrevistas foram gravados, com anuência dos entrevistados, transcritos e analisados para o processamento do material empírico.

Resultados e discussão

Na rede de serviços do cenário A, foram identificados: um estabelecimento de saúde sob administração direta municipal e 39 equipamentos municipais gerenciados por uma Organização Social de Saúde (OSS), além de dois hospitais e dois serviços ambulatoriais sob gestão estadual, sendo a rede privada complementar praticamente inexistente no território. No cenário B, foram identificados quatro serviços ambulatoriais de administração direta, um hospital filantrópico sob gestão municipal e um ambulatório de especialidades municipal gerenciado por uma OSS.

Nos cenários A e B, foram identificados instrumentos e estratégias para articulação da APS com a AAE, com vistas a promover a integralidade no cuidado e favorecer um acesso oportuno, descritos no *quadro 2*.

Quadro 2. Instrumentos utilizados e seu funcionamento nos cenários pesquisados para integração entre APS e AAE

Cenário	Instrumento utilizado	Funcionamento
A	Protocolo de Acesso e Cuidado às Pessoas com Dor Crônica Osteomuscular	Elaborado pelos profissionais do Núcleo de Articulação com a Rede da OSS para uso da APS no manejo farmacológico e não farmacológico do paciente com dor crônica osteomuscular. É utilizado, também, para oferecer possibilidades terapêuticas aos pacientes que aguardam consulta com ortopedista em filas de espera.
	Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde	Elaborado pelos profissionais do Núcleo de Articulação com a Rede da OSS para uso da APS no manejo de pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Também utilizado nos processos de desospitalização de pacientes com esses agravos nos Encontros da Emad com a UBS para alta segura e condução ambulatorial do caso de forma compartilhada.
	Protocolo de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	Elaborado pelos profissionais do Núcleo de Matriciamento da OSS para uso da APS, na discussão de casos, elaboração de Projetos terapêuticos singulares e definição de fluxos assistenciais. Realizado com a UBS e o Caps.
	Protocolos de Regulação do Acesso à Atenção Especializada	Elaborados pela SMS para orientar os encaminhamentos da APS para os ambulatórios de especialidades.
B	Manual para utilização do Sistema para inclusão dos protocolos para especialidades e atendimento presencial	Elaborados pela SMS para orientar os encaminhamentos da APS para o ambulatório de especialidades com os exames necessários para passar na avaliação na especialidade, de acordo com o CID.
	Manual para utilização do sistema para realização de telematriciamento	Elaborados pela SMS para colaborar na conduta do médico da UBS e orientar nos casos de Telematriciamento com o especialista.

Quadro 2. Instrumentos utilizados e seu funcionamento nos cenários pesquisados para integração entre APS e AAE

Cenário	Instrumento utilizado	Funcionamento
B	Protocolo de Acesso para especialidades	Elaborados pela SMS para orientar sobre os cuidados ofertados pelos médicos das UBS e sobre o que pode gerar solicitação de telematriciamento com o especialista.
	Protocolo de classificação de risco	Elaborado pela SMS e utilizado pelos médicos das UBS para classificar o risco dos casos a serem encaminhados para o especialista e analisados pela central de regulação: 1. Agendamento em até 20 dias; 2. Agendamento em até 60 dias; 3. Sem prazo definido.

Fonte: elaboração própria.

No cenário C, foi identificada uma rede de serviços de gestão estadual bastante robusta, com dezenas de estabelecimentos filantrópicos conveniados, hospitais próprios estaduais, sendo praticamente metade gerenciada por diversas OSS, além de extensa rede de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), também gerenciados por múltiplas OSS.

A lógica remuneratória da AAE como fator indutor do modelo de cuidado

A forma de remuneração da AAE adotada no SUS é fortemente influenciada pelo modelo em vigor desde a década de 1970, que, inicialmente, destinava-se ao pagamento dos prestadores de serviços contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)¹⁸, e que se mantém, ainda hoje, como base para composição dos tetos financeiros de média e alta complexidade, transferidos pelo MS para estados e municípios. Esse modelo, baseado no pagamento por procedimentos executados, tem exercido grande influência na maneira como estados e municípios remuneram os prestadores de serviços da rede complementar, com e sem fins lucrativos, mas também Consórcios e OSS que assumem a gestão de serviços públicos.

A primeira Tabela de Honorários Médicos, Odontológicos e de Serviços Hospitalares foi estabelecida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1975, e se tornou a referência para efetuar o pagamento aos

prestadores de serviços¹⁹. Com a criação do SUS, esse modelo de financiamento se manteve, e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) é utilizado para registro da produção e geração do faturamento da AAE²⁰. Em 1996, foi instituída a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac), o primeiro instrumento de registro ambulatorial a individualizar informações do usuário¹⁹. No entanto, seu propósito foi, fundamentalmente, o de aprimorar mecanismos de controle de procedimentos de alto custo. Não teve por objetivo identificar o usuário e permitir o conhecimento dos fluxos e itinerários da população com vistas à diminuição da fragmentação do cuidado.

Em 2008, quando foi instituída a Tabela Unificada de Procedimentos do SUS²¹, foi criado o Boletim Ambulatorial Individualizado (BPA-I)²⁰, que passou a permitir a identificação do usuário. Atualmente, o sistema permite que a maioria dos procedimentos possa ser registrada pelo BPA-I, mas seu uso não é obrigatório para grande parte dos procedimentos, que, assim, permanecem sem a identificação do paciente¹⁹.

Esses instrumentos de registro surgiram com o objetivo principal de orientar o pagamento da AAE, e, embora tenham se qualificado ao longo do tempo, continuam induzindo à produção do cuidado de forma fragmentada, a partir da escolha de procedimentos mais vantajosos para os prestadores. Esse modelo reforça a lógica gerencialista pautada pelo cumprimento de metas quantitativas, sem

valorização da qualidade do atendimento prestado, além de produzir solicitações desnecessárias, duplicidade de exames e excesso de procedimentos de maior valor em detrimento daqueles de menor valor²².

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011²³, que reforçou a necessidade de organização de Redes de Atenção à Saúde, foi uma importante tentativa de regulamentar um modelo de atenção baseado numa rede horizontal e interligada de serviços²⁴. Apesar dos esforços e da instituição de alguns incentivos de orçamentação global para remunerar os serviços das chamadas ‘redes temáticas’, não foi capaz de romper com a lógica procedimental da AAE.

Nos cenários pesquisados, havia uma reprodução do modelo federal de financiamento da atenção especializada na forma de remuneração dos serviços contratados de modo complementar ao SUS. Em janeiro de 2024, a SES-SP instituiu o Programa Tabela SUS Paulista²⁵, com o objetivo de aumentar o atendimento na rede pública de saúde e reduzir as filas, por meio do complemento do valor que os hospitais recebem do MS pela produção de procedimentos. Esse programa substituiu antigos convênios, que se destinavam a oferecer subsídios financeiros ao setor filantrópico, buscando seu equilíbrio orçamentário. Com o novo programa, todavia, observou-se um reforço ainda maior da lógica procedimental e fragmentadora do cuidado já identificada no financiamento federal da AAE, sem nenhum estímulo à integração dos serviços em rede ou à organização de linhas de cuidado. Relatos de técnicos da SES-SP, obtidos na pesquisa 2, indicam que a tabela SUS Paulista é uma maneira de atender a uma demanda de necessidades de financiamento adicional apresentada, principalmente, pelas instituições filantrópicas.

Antes, os pleitos eram atendidos no varejo, de acordo com as demandas que chegavam. Teve início o pró-Santa Casa, Santa Casa Sustentável e depois o Mais Santas Casas, e agora a tabela SUS Paulista. Ou seja, sempre houve essa preocupação com financiamento dos filantrópicos. (Técnico da SES-SP).

Os relatos e materiais produzidos pela SES-SP sobre esse programa deixam claro que o objetivo maior foi o de remunerar melhor o setor filantrópico, responsável por grande parte dos atendimentos, sobretudo no interior do estado de São Paulo. A metodologia de cálculo dos diferentes percentuais de complementação para cada procedimento eleito não é conhecida, uma vez que não consta das normativas estaduais nem foram apresentadas e discutidas nos fóruns de pactuação intergestores ou no Conselho Estadual de Saúde. Portanto, pode-se inferir que a escolha dos procedimentos e o percentual de complementação guardam relação com os interesses de mercado.

Enquanto a tabela de procedimentos tem sido a base para o pagamento do setor privado, complementar ao SUS, a remuneração dos serviços de administração direta e indireta tem sido pautada pela ideia do ‘público não estatal’, com a produção de modelos de gestão que propiciem maior flexibilização administrativa para contratação de pessoas e aquisição de insumos, executada fundamentalmente por meio de contratos de gestão com OSS²⁶.

Nos serviços próprios do cenário C, o modelo de parceria com OSS foi a alternativa utilizada pela SES-SP para obtenção de “maior qualidade e produtividade”²⁷. A SES-SP advoga que esse modelo de gestão se baseia na contratação, avaliação e no controle de serviços de saúde, e que o projeto assistencial é elaborado a partir da definição do perfil assistencial de cada equipamento, com base no alcance de metas pré-definidas, aferidas por meio de indicadores de qualidade, produtividade e avaliação econômico-financeira²⁷.

Essa política teve início com a Reforma Gerencial do Estado de 1998²⁸, que possibilitou a criação de Organizações Sociais, destinadas a gerenciar serviços do setor público não estatal, financiados pelo estado. Esse modelo teve significativo crescimento nas últimas décadas no Brasil²⁹, sendo adotado, também, por muitos municípios. As ferramentas de gestão utilizadas no gerencialismo são a contratualização

de resultados, parcerias público-privadas e remunerações por avaliações de desempenho, que vêm se constituindo como um dos pilares das reformas em curso em diversos países nas últimas duas ou três décadas³⁰.

O princípio da integralidade da assistência, previsto pelo SUS, foi atravessado por influências do modelo neoliberal e gerencialista, que priorizou uma rede majoritariamente privada, definindo um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência^{11,18} e que compromete a integralidade do cuidado. Campos³¹⁽²³³⁸⁾ denomina “racionalidade gerencial hegemônica” as várias teorias e métodos que buscam regular o trabalho humano, por meio da centralização normativa e executiva, de forma a reduzir o espaço de reflexão e autonomia nas decisões. O subfinanciamento, acompanhado da preponderância do setor privado, tem sido um dos limites para o SUS se efetivar como um sistema de fato universal, integral e igualitário³².

Na opinião de entrevistados do cenário C, o controle do alcance das metas realizado pela SES-SP seria bastante rígido, mas incapaz de induzir a articulação entre a APS e os AME. Foram identificadas experiências pontuais de matriciamento de alguns AME com Unidade Básica de Saúde (UBS) para qualificar os referenciamentos e diminuir os encaminhamentos inadequados. Segundo os entrevistados, a maior motivação desses matriciamentos seria propiciar o alcance das metas, reduzindo as perdas primárias. Nesse contexto, foram referidas situações em que o paciente permanece no AME, porque o especialista não consegue devolver o usuário à APS para a continuidade do cuidado, ou situações em que o paciente recebe uma alta sem a devida orientação para a condução do caso pela APS.

Também foram identificados relatos de problemas relacionados ao acesso decorrente da redução da oferta desses serviços especializados, em virtude do modelo de contrato firmado entre a SES-SP e a OSS.

A forma como o contrato é organizado, pelas saídas no atendimento, quando chega na meta dentro do mês, o hospital praticamente para. Os procedimentos executados pelo hospital são de baixa complexidade, e os pacientes que têm um problema de maior complexidade acabam ficando na fila. É uma fila gerada pelo próprio AME que é vinculado ao hospital. A alegação deles é que não há recurso para executar, para dar vazão a essa demanda. Nós temos que encontrar dentro do Estado uma solução para este problema. Contratos não podem continuar sendo feitos desta forma com base nas saídas. Fica muito cômodo para o gestor da OSS. (Técnico da regional).

Outro problema apontado pelos entrevistados são as perdas primárias, que, segundo uma técnica de uma regional de saúde, ocorrem porque grande parte dos municípios realiza os agendamentos por profissionais de nível médio, que têm dificuldades no uso do sistema e falta de conhecimento técnico. Já os representantes das gestões municipais alegam que a oferta não é programada conforme a necessidade do território.

O distanciamento entre os gestores e profissionais dos municípios com as equipes dos serviços de gestão estadual foi destacado nas entrevistas em várias ocasiões. Uma representante da gestão estadual afirmou que “a SES é uma boa gerente de OSS, mas não consegue olhar para o sistema de maneira ampliada, e acaba fragmentando o cuidado”.

A partir dos relatos, verifica-se que a assumpção de diferentes expressões do gerencialismo, inclusive no que se refere aos modelos de remuneração dos serviços ou de alocação orçamentária das diferentes políticas, compromete a consecução dos princípios do SUS, através de um fenômeno de transmutação de suas bases fundantes, que o dirige a um SUS Operacional³³.

Na pesquisa 1, observam-se formas distintas de monitorar os contratos com as OSS. No cenário A, a maior parte dos serviços era gerenciada por OSS, que tinha uma apropriação e conhecimento do território. Lá, observou-se

grande autonomia da OSS para implantar políticas, criar fluxos assistenciais, dispositivos regulatórios e adotar sistemas informatizados próprios, enquanto a gestão municipal se apresentava mais afastada do território e dos serviços. Chama a atenção a frágil integração da OSS com a gestão municipal, ao implantar dispositivos visando a propiciar um cuidado integral.

A maioria das unidades são administradas por OSS. Nosso contato é sempre com a OSS. Só algumas orientações gerais que a gente passa direto para as unidades. (Gerente substituto da central de regulação da Coordenadoria Regional).

Os contratos e suas respectivas metas eram definidos e monitorados centralizadamente pela gestão municipal. Aparentemente, a depender da OSS contratada, as estratégias para favorecer o acesso e propiciar um cuidado integral podiam se apresentar em diferentes formatos, desde que a meta preestabelecida fosse cumprida, o que na OSS estudada não pareceu ser tarefa difícil.

Meta é lenda urbana. A gente faz com o pé nas costas, devia ser o dobro. A gente bate meta aqui... a enfermagem faz o dobro aqui, desde o começo, e não é porque a gente é melhor, porque faz, né? Naturalmente... você abriu a porta, você vai bater meta. (Gestor da OSS).

No cenário B, apenas o ambulatório de especialidades era gerenciado pela OSS. As ações e estratégias de gestão, como criação de fluxos assistenciais, implantação de dispositivos regulatórios e uso de sistemas informatizados, eram definidas e monitoradas pela gestão municipal, onde foi observada uma estreita relação da gestão e da regulação municipal com os profissionais do serviço gerenciado pela OSS.

O enfrentamento da dificuldade de acesso e da fragmentação do sistema fica comprometido quando a gestão se debruça apenas sobre as metas do equipamento contratado, como

observado no cenário C, sem considerar as necessidades do território e a possibilidade do cuidado em rede de atenção, a partir da articulação com outros equipamentos gerenciados sob gestão de outra esfera de governo ou mesmo por outras OSS.

Quando a gestão delega a uma OSS a responsabilidade sanitária por um território, como identificado no Cenário A, a implantação de uma política municipal articulada fica comprometida, na medida em que cada OSS pode ter propostas e estratégias diferentes para sua implantação, além de dificultar a articulação em rede para além do território da OSS, necessária para a garantia do cuidado integral.

No cenário B, a gestão utilizava o contrato com OSS para administrar o equipamento, sem perder a autonomia para implantar políticas de saúde e sem se distanciar do território e do contato com sua rede de serviços e seus profissionais. O poder público era quem definia as estratégias e ações a serem executadas pela OSS.

Essas diferenças significativas entre os modelos de gestão das esferas de governo com as diferentes OSS também foram observadas no estudo de Bragagnolo et al.²¹, no qual as características das OSS e das administrações públicas conferiam diversas lógicas quanto ao vínculo das instituições com os trabalhadores, produção de cooperação e cuidado compartilhado.

Algumas possibilidades e dispositivos para um cuidado integral na AAE

A precária integração entre os serviços de saúde tem sido uma característica dos sistemas de saúde de distintos países das Américas por várias décadas²². Os especialistas não conhecem os profissionais que realizam o encaminhamento e, muitas vezes, não dispõem das informações necessárias para a condução do caso. Nessas situações, acontecem atendimentos pontuais, tipo queixa-conduta, ou ocorre a retenção do paciente em serviços especializados sem necessidade real, aumentando as

filas de espera para especialidades. De acordo com os relatos dos entrevistados da pesquisa do cenário C, essa é uma característica da rede ambulatorial especializada própria da SES-SP, onde foi constatado que a regional distribuía vagas de primeiras consultas dos AME para os municípios, e depois era o prestador quem organizava a continuidade da atenção, sem articulação com a rede do território.

Apesar dos esforços envidados, o SUS permaneceu por mais de 30 anos sem uma política para AAE que contribuísse para a desfragmentação do cuidado e oferecesse suporte para a APS. Somente ao final de 2023, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAE)³⁴, com diretrizes e eixos estruturantes para orientar o modo de organização e funcionamento dos serviços de atenção especializada no âmbito do SUS.

A partir dessa Política e no entendimento de que a forma de repasse pode ser indutora de um modelo de atenção organizado em redes integradas de serviços, o MS instituiu o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)¹². O PMAE visa a facilitar o acesso do usuário às consultas e aos exames especializados de linhas de cuidado específicas, de forma integrada com a APS, favorecendo o uso de ferramentas digitais e a partir de um novo modelo de financiamento. O programa induz a uma lógica de cuidado mais integrado com o financiamento de ‘pacotes de serviços’ chamados Oferta de Cuidados Integrados (OCI)³⁵, um conjunto de procedimentos integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução de diagnóstico ou tratamento, num determinado intervalo de tempo¹².

O impacto de sua implantação, que teve início na segunda metade de 2024, ainda não é passível de análise, mas indica importante tentativa de alterar o modelo de remuneração e organização dos serviços com vistas a um cuidado integral. De toda forma, para além do enfrentamento aos interesses privados, o modelo de alocação estabelecido pelo PMAE deve enfrentar dificuldades, entre as quais,

destaca-se aqui o potencial desorganizador dos recursos cada vez maiores advindos de emendas parlamentares.

Nas experiências dos cenários A e B, a espera de referenciamento para serviços sob gestão estadual, na maior parte das vezes, era muito longa. Essas situações parecem ser percebidas pelos usuários entrevistados nos cenários A e B.

Tem outras filas que são mais demoradas, para procedimentos mais complicados, que precisam do Estado. A regulação do Estado é uma regulação muito deficiente. Se você for entrar na CROSS, aí a coisa é mais complicada. Pra conseguir vaga na CROSS, a unidade tem que ter o dedo ligeiro, para pegar logo a vaga às 7h00, de uma desistência... muita gente não vai, às vezes, por causa da distância (Sol). Ano passado descobri um nódulo na mama na consulta ginecológica da UBS e fui encaminhada ao mastologista em Mogi. Aí demorou uns 3 meses (Estrela). Tem um exame mais complexo, não lembro o nome, que o médico disse que precisa ser feito fora da cidade. Ainda estou aguardando. Parece que não tem previsão... (Céu).

Há que se considerar, também, as ações produzidas pelos próprios usuários para garantir acesso e integralidade no seu cuidado. Circuitos alternativos de cuidado vão sendo produzidos por dentro do sistema de saúde, com configurações diversas, incluindo a combinação de serviços públicos e privados¹⁶. Os usuários entrevistados relataram diversos circuitos para produção desse itinerário terapêutico, como os observados a seguir:

Aqui na UBS eu pego a insulina; pra eu pegar insulina lá no IAMSPE é ruim, né, e aqui eu pego a insulina, mas me consulto lá (Sol). Minhas duas filhas sempre utilizaram a UBS do bairro, mas agora a mais nova deixou de ir à UBS porque arrumou um emprego que oferece um convênio com a Amil (Lua). Quando meu filho teve um ferimento no olho, não acreditei no médico da Santa Casa que recomendou aguardar em casa. Me virei, fui no PS da cidade vizinha e tive a notícia que o filho

precisaria de uma cirurgia. Pensa se tivesse ficado parada... (Estrela).

Os diversos regimes de regulação identificados por Cecílio et al.¹⁵ contribuem para o entendimento de que a regulação é campo permanente de conflitos e disputas. Especificamente, por meio do agir leigo¹⁵, os usuários atuam na regulação do sistema na busca de cuidado em saúde. Compreender como se dá essa atuação pode nos dar pistas dos nós críticos e de novos desenhos e arranjos para os sistemas de saúde.

Em pesquisa realizada por Almeida et al.³⁶, em que analisam estratégias desenvolvidas no Brasil e na Espanha para integrar a APS à atenção especializada, foi constatado um insuficiente conhecimento dos profissionais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho na APS.

Algumas experiências têm se mostrado exitosas para avançar no sentido de fortalecer um cuidado coordenado e superar a lógica fragmentadora dos ambulatorios de especialidades desarticulados da rede de atenção. Tesser e Poli Neto³ apontam que a atuação de especialistas trabalhando conjuntamente com generalistas agrega valor quando esses se conhecem pessoalmente. Esses autores apontam que as experiências de matriciamento e aproximação dos especialistas com os profissionais da APS foram essenciais para o enfrentamento do problema da referência e contrarreferência, diminuição de filas e fortalecimento da construção de redes regionalizadas e integradas.

Dessa forma, há que se fortalecer estratégias que se mostraram eficazes nessa perspectiva, como a aposta em uma regulação menos burocrática e mais produtora de cuidados³⁷ que utilize estratégias como o apoio matricial, promoção de aproximação entre as equipes, acolhimento com classificação de risco, prontuários compartilhados e uso de protocolos que priorizem pessoas e populações em maior vulnerabilidade.

Na pesquisa 1, identificaram-se algumas ações que utilizam instrumentos para

desfragmentação do cuidado na AAE. Para apoiar a rede de serviços na organização do cuidado às pessoas com dor crônica de origem osteomuscular, foi organizado pela OSS do Cenário A um protocolo visando a assegurar o cuidado qualificado. Foram estabelecidos fluxos, diretrizes clínicas e implantados processos de formação e capacitação das equipes da APS sobre o manejo da dor, com abordagens farmacológicas e não farmacológicas. Também foi elaborado o Protocolo de Saúde Mental e da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), voltado para a hipertensão, diabetes e dislipidemia, com o objetivo de guiar as equipes na construção do planejamento do cuidado e do acesso dos usuários. Esses materiais, em conjunto com o sistema informatizado utilizado para identificação dos usuários e prontuários compartilhados, somados a outros dispositivos regulatórios, puderam propiciar uma maior integração entre os serviços com vistas a um cuidado integral. Os principais dispositivos encontrados foram: reuniões de desospitalização para alta qualificada, incentivo à organização de Núcleos de Matriciamento da UBS com alguns serviços especializados e a implantação do Núcleo de Articulação com a Rede, composto por profissionais dos diversos serviços, com o objetivo de fortalecer a articulação entre APS e AAE, identificando situações de encaminhamentos desnecessários efetuadas pela APS.

No cenário B, foi elaborado um protocolo com orientações para encaminhamento às especialidades por patologia, contemplando quais exames deveriam ser solicitados previamente em algumas especialidades. Também continha orientações para os atendimentos a serem manejados na UBS e que poderiam ser objetos de teleconsultorias, quando necessário. Essas teleconsultorias se davam via sistema informatizado, no qual o solicitante poderia optar entre fazer o encaminhamento ou solicitar a teleconsultoria, que se dava de forma assíncrona, com resposta em até uma semana, via prontuário compartilhado. Esse modelo foi relatado pelos profissionais da APS

e da AAE como facilitador da integração entre os profissionais e de qualificação do cuidado.

Os serviços de saúde se baseiam fundamentalmente em trabalho afetivo imaterial^{11,38}, que exige habilidades como o contato humano, criatividade, capacidade de formulação e gestão de afetos. Se, por um lado, colocam-se como base para produção capitalista, por outro, são capazes de produzir afetos, subjetividades e apresentam grande potencial para valorização da vida e produção de cuidado em saúde¹¹.

Considerações finais

O modelo de remuneração da AAE baseado no pagamento por procedimento, utilizado para remuneração dos serviços privados, cuja lógica é comumente transportada para a esfera pública, induz à fragmentação do cuidado na medida em que não se apoia nas necessidades dos usuários, mas no quantitativo de ações executadas.

O MS acaba de formalizar uma nova política de atenção especializada com o objetivo de superar esse modelo de pagamentos procedimental, numa aposta na indução para um cuidado integrado. A iniciativa governamental enfrentará a força dos interesses privados e competirá com os efeitos reversos do avanço da destinação de recursos por meio de emendas parlamentares.

O modelo de contrato com OSS baseado no alcance de metas, que vem se tornando hegemônico no SUS, parece de difícil reversão, e seu aprimoramento se mostra um desafio fundamental para a garantia da integralidade do cuidado, de forma a considerar a integração da rede de serviços do território. Aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento e fortalecimento da gestão pública na implementação de suas políticas e garantir o conhecimento das necessidades do território e dos trabalhadores tornam-se medidas essenciais na condução da política de AAE.

Para além do financiamento, é fundamental investir em estratégias que fortaleçam a

governança regional do SUS e em mecanismos de controle e participação social, tendo em vista a garantia da efetividade do gasto público na AAE, consoante o preconizado pela PNAE.

Algumas experiências exitosas, como as que emergem a partir da análise dos cenários A e B, ainda que fiquem restritas aos serviços e territórios sob sua governabilidade e não possam ser generalizadas, demonstram ser possível a organização de instrumentos e dispositivos regulatórios para um cuidado compartilhado e integrado numa rede de serviços.

Pensar um modelo de organização e financiamento da AAE inserida numa rede regionalizada e hierarquizada, em sintonia com os princípios da universalidade e integralidade do cuidado, torna-se uma agenda fundamental para ampliar e favorecer a implantação de dispositivos para um cuidado integral e a própria consolidação do SUS.

Para superar o gerencialismo nas formas de condução da gestão pública, é imperioso que os contratos de gestão possibilitem e induzam ao uso de tecnologias leves e relacionais¹¹, além da criação de modelos de avaliação de desempenho coerentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Colaboradores

Giannotti EM (0000-0002-8221-711X)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Tofani LFN (0000-0002-1092-2450)* contribuiu para redação e aprovação da versão final do manuscrito. Melo MA (0000-0003-2187-1203)*, Guimarães CF (0000-0003-3101-634X)* e Andrezza R (0000-0002-3332-2183)* contribuíram para redação e revisão crítica do manuscrito. Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuiu para concepção, desenho do trabalho, redação e revisão crítica, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, et al. Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:210690. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210690>
2. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis*. 2021;31(1):e310109. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
3. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(3):941-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
4. Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo; 2016.
5. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate*. 2016;40(esp):122-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>
6. Funcia FR. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do Subfinanciamento Crônico para o Processo de Desfinanciamento Decorrente da Emenda Constitucional 95/2016. In: ANFIP – Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. 30 anos da Seguridade Social – Avanços e Retrocessos. Brasília, DF: ANFIP; 2018.
7. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional. nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2015 mar 18; Edição 52; Seção I:I.
8. Domingos MD, Ferraz EM, Carvalho BG. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. *Saúde debate*. 2019;43(122):700-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912204>
9. Starfield B. *Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ed. bras. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Capítulo III, Responsabilidade na Atenção Primária; p. 207-46.
10. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, et al. A rede de atenção às urgências e emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2023; 32(1):e220122pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt>
11. Giannotti EM. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2024 abr 11; Edição 70; Seção I:98.
13. Andreazza R, Chioro A, Guimarães CF, et al. Apoio à formulação e implementação da nova Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS). Projeto TED. São Paulo: Unifesp; 2023.
14. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa e saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
15. Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1502-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>
16. Meneses CS, Cecílio LCO, Andreazza R, et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):2013-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>

17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 jun 6]; Seção I:59. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
18. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface (Botucatu). 2006;10(19):25-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>
19. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS. Brasília, DF: Cidade Gráfica e Editora LTDA; 2015.
20. Araujo D. Análise de desempenho das redes de atenção no Sistema Único de Saúde: a importância da qualidade da informação [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016. 206 f.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. 227 p.: il.
22. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editoras. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547-576. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0020>
23. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 29; Seção I:1.
24. Perinazzo TF. Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.6.2018.tde-02102018-155731>
25. São Paulo (SP). Resolução SS nº 198, de 19 de dezembro de 2023. Disciplina a aplicação da Tabela SUS Paulista. Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP. 2023 dez 29; Edição Suplementar 144; Seção I:4.
26. Bragagnolo LM, Chioro A, Andreazza R. Gestão de Unidades Básicas de Saúde por Organizações Sociais: ambivalências nos processos de trabalho e do cuidado. IBAM. 2021;305:37-48.
27. São Paulo (SP), Governo do Estado. Portal da transparência [Internet]. [São Paulo]: Governo do Estado de São Paulo; 2024 [acesso em 2024 jun 16]. Disponível em: <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>
28. Bresser-Pereira LC. A reforma gerencial do estado de 1995. Rev Adm Pública. 2000;34(4):55-72.
29. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
30. Carnut L. Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2015.
31. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2337-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>
32. Straub M, Gomes RM, Albuquerque GSC. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. Saúde debate. 2021;45(131):1033-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113107>
33. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária

- à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00164621. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
34. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada no SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2023 out 20; Edição 200; Seção I:87.
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 1821, de 11 junho de 2024. Inclui Grupo, atributos e regras condicionadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2024 jun 12; Edição Edição: 111-A; Seção I – extra A:2.
36. Almeida PF, Gervas J, Freire JM, et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*. 2013;37(98):400-15.
37. Bertussi DC, Feuerwerker LCM, Louvison MCP. A “regulação a quente” e a “atenção especializada viva” como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. v. 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 357-60.
38. Hart M. O trabalho afetivo. *Cadernos de Subjetividade*. 2003;(11):143-57.

Recebido em 19/11/2024

Aprovado em 19/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli lola Gurgel Andrade