

CENÁRIO DE UMA PACTUAÇÃO REGIONAL EM SAÚDE PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL

SCENARIO OF A REGIONAL HEALTH AGREEMENT FOR THE CARDIOVASCULAR HEALTH CARE NETWORK: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ESCENARIO DE UN CONVENIO REGIONAL EN SALUD PARA LA RED DE ATENCIÓN EN SALUD CARDIOVASCULAR: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Aline Fiori dos Santos Feltrin*, Janise Braga Barros Ferreira**, Liliane Cristina Nakata***

Resumo

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) na sua construção percorreu um caminho histórico, técnico e político com grandes desafios desde a Constituição Federal de 1988. As Leis Orgânicas de Saúde de 1990 vigorando até hoje, apresentam como centrais e estratégicas os princípios organizativos da descentralização e regionalização. **Objetivo:** Comparar a necessidade de oferta das consultas médicas especializadas pelos parâmetros do Ministério da Saúde, a pactuação da oferta e a demanda reprimida destas consultas de uma rede regionalizada de cuidados cardiovasculares em uma região de saúde. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal e quantitativo que utilizou coleta e análise de dados secundários. O estado de São Paulo está dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). O DRS XV de São José do Rio Preto é o maior em número de municípios, somando 102 unidades administrativas, e a RS de São José do Rio Preto, é composta por 20 municípios, abrangendo uma população total de, aproximadamente, 704.170 habitantes, sendo esta uma região de grande importância para o estado, pela diversidade locoregional. O recorte deste estudo se deu a partir da média complexidade, utilizando-se das consultas médicas especializadas para avaliar parte da organização e do cenário regional da RS. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas, relativas e média). **Conclusão:** Neste estudo, pôde-se observar um dissenso entre a necessidade assistencial estimada e a pactuação da oferta de uma ação de saúde de média complexidade (a consulta médica especializada) que compõem a rede de cuidados cardiovasculares, impactando diretamente na governança da RCC, nas dimensões institucional, gerencial e de financiamento. A pactuação da oferta de consultas médicas em cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia cobriu, em média, 51% da necessidade parametrizada atualmente pelo MS. Os resultados do estudo podem colocar em foco a importância da governança das RAS em suas três dimensões, considerando a qualificação da programação e da pactuação assistenciais, no contexto regional, como elemento estratégico na estruturação, na análise de suficiência e na operacionalização das redes de atenção à saúde, em especial, da rede de cuidados cardiovasculares.

Palavras-chave: Regionalização. Pactuação. Consultas especializadas.

Abstract

Introduction: The Unified Health System (SUS) in its construction has followed a historical, technical and political path with great challenges since the Federal Constitution of 1988. The Organic Health Laws of 1990, still in force today, present organizational principles as central and strategic of decentralization and regionalization. **Objective:** To compare the need for supply of specialized medical consultations according to the parameters of the Ministry of Health, the supply agreement and the repressed demand for these consultations in a regionalized network of cardiovascular care in a health region. **Methods:** This is a cross-sectional and quantitative study that used secondary data collection and analysis. The state of São Paulo is divided into 17 Regional Health Departments (DRS). The DRS XV of São José do Rio Preto is the largest in number of municipalities, adding up to 102 administrative units, and the RS of São José do Rio Preto, is composed of 20 municipalities, covering a total population of approximately 704,170 inhabitants, this being a region of great importance for the state, due to its locoregional diversity. The focus of this study was on the basis of medium complexity, using specialized medical consultations to assess part of the organization and the regional scenario of the RS. Data were analyzed using descriptive statistics (absolute, relative and mean frequencies). The study was approved by the CEP of the Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, opinion nº 2,312,759. **Conclusion:** In this study, it was possible to observe a disagreement between the estimated need for care and the agreement to offer a medium-complexity health action (specialized medical consultation) that make up the cardiovascular care network, directly impacting the governance of the CCR, in the institutional, managerial and financing dimensions. The agreement to offer medical consultations in cardiology, vascular surgery and nephrology covered, on average, 51% of the need currently parameterized by the Ministry of Health. The results of the study can focus on the importance of RAS governance in its three dimensions, considering the qualification of care programming and agreements, in the regional context, as a strategic element in the structuring, analysis of sufficiency and operationalization of care networks to health, in particular the cardiovascular care network.

Keywords: Regionalization. Agreement. Specialized consultations.

*Enfermeira, Docente do curso de graduação em Enfermagem da UNIFIPA, Catanduva-SP, Brasil. Contato: alinefiori@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5131-9116>

** Médica sanitária, docente da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto-SP.

*** Bióloga, sanitária. ORCID: 0000-0002-7590-3365

Resumen

Introducción: El Sistema Único de Salud (SUS) en su construcción siguió un camino histórico, técnico y político con grandes desafíos desde la Constitución Federal de 1988. Las Leyes Orgánicas de Salud de 1990, aún vigentes hoy, presentan principios organizativos como centrales y estratégicos, de descentralización y regionalización. Objetivo: Comparar la necesidad de oferta de consultas médicas especializadas según los parámetros del Ministerio de Salud, el convenio de oferta y la demanda reprimida de estas consultas en una red regionalizada de atención cardiovascular en una región sanitaria. Métodos: Se trata de un estudio transversal y cuantitativo que utilizó la recolección y el análisis de datos secundarios. El estado de São Paulo está dividido en 17 Departamentos Regionales de Salud (DRS). La DRS XV de São José do Rio Preto es la más grande en número de municipios, sumando 102 unidades administrativas, y la RS de São José do Rio Preto, está compuesta por 20 municipios, cubriendo una población total de aproximadamente 704.170 habitantes, siendo esta una región de gran importancia para el estado, debido a su diversidad locoregional. El enfoque de este estudio fue sobre la base de mediana complejidad, utilizando consultas médicas especializadas para evaluar parte de la organización y el escenario regional de la RS. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas, relativas y medias). El estudio fue aprobado por el CEP del Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, dictamen nº 2.312.759. Conclusión: En este estudio, fue posible observar una discordancia entre la necesidad estimada de atención y el acuerdo de ofertar una acción de salud de mediana complejidad (consulta médica especializada) que componen la red de atención cardiovascular, impactando directamente en la gobernanza de los CCR, en las dimensiones institucional, gerencial y financiera. El convenio para ofrecer consultas médicas en cardiología, cirugía vascular y nefrología cubrió, en promedio, el 51% de la necesidad actualmente parametrizada por el Ministerio de Salud. Los resultados del estudio pueden enfocarse en la importancia de la gobernanza de los RAS en sus tres dimensiones, considerando la calificación de la programación y convenios de atención, en el contexto regional, como un elemento estratégico en la estructuración, análisis de suficiencia y operacionalización de las redes de atención a la salud, en particular la red de atención cardiovascular.

Palabras clave: Regionalización. Acuerdo. Consultas especializadas.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) percorreu um caminho histórico, técnico e político com grandes desafios desde a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas de Saúde de 1990 que se seguem até hoje, anos depois de sua efetivação legal, apresentam como centrais e estratégicos os princípios organizativos da descentralização e regionalização^{1,2}.

A descentralização foi princípio central a partir do Pacto de Gestão, em 2006, considerando a dimensão continental do Brasil e as especificidades regionais e locais para o planejamento e organização da rede e as pactuações intergestoras nos espaços políticos e decisórios da gestão, tais como as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Secretários de Saúde. Assim, buscam integrar as esferas de governo para garantir o direito constitucional à saúde. Neste sentido, a Regionalização foi ganhando forma através de instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI), reafirmando o papel do estado no suporte aos municípios para consolidar as Regiões de Saúde (RS), tendo em conta a capacidade instalada, técnica e financeira dos serviços para o atendimento à população^{2,3}.

Neste cenário, a atenção especializada de média complexidade apresenta, historicamente, vazios assistenciais e, por conseguinte, demandas reprimidas,

resultantes, dentre outros motivos, de dificuldades dos entes federativos na definição de seus papéis, repercutindo no dimensionamento e na organização da oferta dos serviços, em função das necessidades de saúde^{1,4}.

Na abordagem da organização da atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), prioridade para a saúde pública do país, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) ou doenças cardiovasculares (DCV) que têm impacto significativo nos óbitos e nas taxas de morbidade ambulatorial e hospitalar, visto que apresentam as causas mais frequentes de óbitos e de internação ao longo dos anos. Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) publicou normativa específica para a assistência ao infarto agudo do miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, dentre outras medidas no sentido de organizar o atendimento em rede para essas doenças⁵⁻⁷.

A rede que envolve os cuidados às doenças cardiovasculares é a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC), prioritária para o SUS, que está organizada em eixos de forma a ofertar a atenção integral: doenças renocardiovasculares; diabetes; obesidade; doenças respiratórias crônicas; câncer (de mama e colo de útero). Sob a ótica dos cuidados cardiovasculares, na Atenção Básica (AB), pode-se destacar a Linha de Cuidados de Hipertensão e Diabetes, para redução das complicações e internações por causas

sensíveis à AB. Na média complexidade, tem-se a oferta de consultas ambulatoriais de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia, dadas as complicações mais frequentes das DCV como o infarto agudo do miocárdio (IAM), cardiopatias, nefropatias, doença renal crônica, vasculopatias, entre outras, e os exames que as envolvem. O acesso à oferta de cada ação e/ou serviço de saúde voltados às doenças renocardiovasculares assumem, então, papel fundamental no percurso do indivíduo na rede de atenção, no tocante à integralidade da assistência e a continuidade do cuidado⁷.

Deste modo, analisar a rede de cuidado cardiovascular (RCC), a partir do conceito de governança, envolvendo o acesso às consultas de média complexidade, por meio da análise da necessidade, oferta e demanda reprimida destas consultas nas principais especialidades médicas que envolvem os cuidados renocardiovasculares e o eixo nefrocardiovascular (cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia) possibilita compreender aspectos de sua estruturação calcados na regionalização. Ademais, possibilita identificar desafios e entraves que ainda encerram a regionalização da atenção à saúde e que impactam o atendimento efetivo das necessidades de saúde locorregionais.

Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a necessidade de oferta das consultas médicas especializadas pelos parâmetros do Ministério da Saúde (MS), a pactuação da oferta e a demanda reprimida destas consultas de uma rede regionalizada de cuidados cardiovasculares em uma região de saúde.

MÉTODO

Este é um estudo transversal e quantitativo que utilizou coleta e análise de dados secundários. O estado de São Paulo está dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). O DRS XV de São José do Rio Preto é o maior em número de municípios, somando 102 municípios, com aproximadamente 1.500.000 habitantes. A RS de São José do Rio Preto, foco deste estudo, é composta por 20 municípios, abrangendo uma população total de, aproximadamente, 704.170 habitantes, sendo esta uma região de grande importância para o estado, pela diversidade locorregional e a quantidade de municípios.

O recorte deste estudo se deu a partir da média complexidade, utilizando-se das consultas médicas especializadas para avaliar parte da organização e do cenário regional da RS, pela disponibilidade dos dados secundários e possibilidade de análise frente aos parâmetros propostos pelo MS.

Para traçar o histórico da necessidade assistencial e das pactuações relativas à RCC buscou-se parâmetros da portaria Ministerial nº 1631/2015, normativa mais atual para o cálculo de necessidade assistencial, dados secundários da programação pactuada e integrada (PPI) vigente do DRS XV, comparando-os com os dados sobre a demanda reprimida registrados na central de regulação dos municípios da RS no ano de 2018. A necessidade de consultas médicas especializadas foi calculada tendo como população de referência as populações dos municípios de acordo com a estimativa do IBGE para o ano de 2018 disponível no DATASUS. As especialidades médicas escolhidas foram cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia, por estarem diretamente relacionadas à RCC (eixo renocardiovascular) e às complicações mais frequentes relacionadas às doenças cardiovasculares.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas, relativas e média). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas - CEP do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, parecer nº 2.312.759.

RESULTADOS

Observou-se que há um dissenso entre o nº necessário de consultas médicas especializadas, a oferta destas e a demanda dos municípios da RS para as especialidades de cardiologia, vascular e nefrologia, conforme apresentado nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Necessidade, oferta e demanda reprimida de consultas médicas de cardiologia por mês, na Rede de Cuidados Cardiovasculares, Região de Saúde de São José do Rio Preto-SP, 2018

Consultas na Especialidade de Cardiologia

Município - CIR Rio Preto	População	Necessidade mensal (Portaria nº1631/2015)	Oferta PPI	Demanda reprimida (média mensal/2018)	Déficit % da oferta em relação à necessidade estimada	Déficit % da demanda reprimida em relação à oferta
	2018					
Bady Bassitt	16.843	83	29	7	35%	24%
Bálsamo	8.908	44	14	32	32%	229%
Cedral	8.971	44	3	0	7%	0%
Guapiaçu	20.637	102	30	11	29%	37%
Ibirá	12.096	60	48	7	80%	15%
Icém	8.112	40	13	11	33%	85%
Ipiguá	5.178	26	6	9	23%	150%
Mirassol	58.760	292	186	3	64%	2%
Mirassolândia	4.758	24	2	43	8%	2150%
Neves Paulista	8.999	45	22	13	49%	59%
Nova Aliança	6.733	33	9	8	27%	89%
Nova Granada	21.071	104	17	10	16%	59%
Onda Verde	4.286	21	14	0	67%	0%
Orindiúva	6.731	33	1	0	3%	0%
Palestina	12.542	62	4	6	6%	150%
Paulo de Faria	8.953	45	50	21	111%	42%
Potirendaba	17.002	84	21	14	25%	67%
São José do Rio Preto	450.657	2233	200	0	9%	0%
Tanabi	25.723	128	41	8	32%	20%
Uchoa	10.047	50	5	4	10%	80%
Total	717.007	3553	715	207	33%	163%

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2 - Necessidade, oferta e demanda reprimida de consultas médicas de cirurgia vascular por mês, na Rede de Cuidados Cardiovasculares, Região de Saúde de São José do Rio Preto-SP, 2018

Consultas na Especialidade de Cirurgia Vascular

Município - CIR Rio Preto	População	Necessidade mensal (Portaria nº1631/2015)	Oferta PPI	Demanda reprimida (média mensal/2018)	Déficit % da oferta em relação à necessidade estimada	Déficit % da demanda reprimida em relação à oferta
	2018					
Bady Bassitt	16.843	24	16	20	67%	125%
Bálsamo	8.908	13	8	65	62%	813%
Cedral	8.971	13	3	31	23%	1033%
Guapiaçu	20.637	29	17	27	59%	159%
Ibirá	12.096	17	7	15	41%	214%
Icém	8.112	11	7	16	64%	229%
Ipiguá	5.178	7	4	2	57%	50%
Mirassol	58.760	83	69	4	83%	6%
Mirassolândia	4.758	7	6	45	86%	750%
Neves Paulista	8.999	13	18	22	138%	122%
Nova Aliança	6.733	9	10	17	111%	170%

Nova Granada	21.071	30	20	15	67%	75%
Onda Verde	4.286	6	7	5	117%	71%
Orindiúva	6.731	9	5	18	56%	360%
Palestina	12.542	18	9	48	50%	533%
Paulo de Faria	8.953	13	16	16	123%	100%
Potirendaba	17.002	24	15	21	63%	140%
São José do Rio Preto	450.657	633	123		19%	0%
Tanabi	25.723	53	21	93	40%	443%
Uchoa	10.047	14	9	0	64%	0%
Total	717.007	1026	390	480	69%	270%

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 3 - Necessidade, oferta e demanda reprimida de consultas médicas de nefrologia por mês, na Rede de Cuidados Cardiovasculares, Região de Saúde de São José do Rio Preto-SP, 2018

Consultas na Especialidade de Nefrologia

Município - CIR Rio Preto	População	Necessidade mensal (Portaria nº1631/2015)	Oferta PPI	Demanda reprimida (média mensal/2018)	Déficit % da oferta em relação à necessidade estimada	Déficit % da demanda reprimida em relação à oferta
2018						
Bady Bassitt	16.843	22	12	13	55%	108%
Bálsamo	8.908	12	6	6	50%	100%
Cedral	8.971	12	5	10	42%	200%
Guapiaçu	20.637	27	23	7	85%	30%
Ibirá	12.096	16	3	3	19%	100%
Icém	8.112	11	5	1	45%	20%
Ipiguá	5.178	7	2	1	29%	50%
Mirassol	58.760	78	42	491	54%	1169%
Mirassolândia	4.758	6	4	8	67%	200%
Neves Paulista	8.999	12	13	4	108%	31%
Nova Aliança	6.733	9	4	6	44%	150%
Nova Granada	21.071	28	13	5	46%	38%
Onda Verde	4.286	9	3	1	33%	33%
Orindiúva	6.731	9	3	1	33%	33%
Palestina	12.542	17	7	6	41%	86%
Paulo de Faria	8.953	12	12	1	100%	8%
Potirendaba	17.002	22	15	7	68%	47%
São José do Rio Preto	450.657	596	113		19%	0%
Tanabi	25.723	34	18	38	53%	211%
Uchoa	10.047	13	4	42	31%	1050%
Total	717.007	952	307	651	51%	183%

Fonte: elaborado pelos autores.

A RS de São José do Rio Preto apresenta características importantes comparando-se as populações de seus municípios, uma vez que 18 deles (90%) são classificados como de pequeno porte, por possuírem população menor que 20.000 habitantes, apenas 1 de médio porte (Mirassol - 5%) de 25.000 a

100.000 habitantes e São José do Rio Preto (5%) de grande porte, com mais de 100.000 habitantes⁸.

Pode-se observar na Tabela 1, que em relação aos parâmetros assistenciais de 2015, a pactuação da oferta das consultas médicas em cardiologia analisadas, a oferta de consulta pela PPI ficou em 33% do que seria

a necessidade proposta. Ainda, a média do déficit da demanda reprimida em relação à oferta foi de 163%. Na Tabela 2, para as consultas de cirurgia vascular, esse déficit foi de 69% e 270%, respectivamente, e na Tabela 3, para nefrologia, de 51% e 183%, na mesma ordem. Outra observação é que na especialidade de cardiologia, alguns municípios têm o especialista atuando em sua rede local de saúde, demonstrando maior discrepância entre os municípios da região (variando de 0 a 2150%) do que nas demais especialidades. Cabe ressaltar que o município sede de São José do Rio Preto não apresentou demanda reprimida pois conta com centro de especialidades em média complexidade, nível ambulatorial próprio, tendo pactuação na PPI apenas

para alta complexidade na referência regional para as especialidades deste estudo.

Em relação aos recursos financeiros, apresentados na Tabela 4, cabe destacar que a pactuação dos serviços se dá na abrangência do DRSXV, abarcando sete Regiões de Saúde e 102 municípios, sendo que o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) é referência para duas RS (São José do Rio Preto e José Bonifácio), não atendendo à especialidade de Nefrologia e o HB para as sete RS em um nível ambulatorial de maior complexidade, contemplando sub especialidades da Cardiologia, Nefrologia e Cirurgia Vascular.

Tabela 4 - Recurso estadual e serviços contratualizados mensalmente para atendimento ambulatorial das especialidades Cardiologia, Cirurgia Vascular e Nefrologia, DRS XV, 2018

Prestador referência para a RS	Recurso Estadual			Valor mensal do contrato de Gestão	Valor mensal às consultas ambulatoriais	Especialidade contratualizada para a RS		
	População de referência para o prestador					Cardiologia	Cirurgia Vascular	Nefrologia
AME São José do Rio Preto	750.000 hab (RS São José do Rio Preto e José Bonifácio)			R\$2.137.342,00	R\$ 1.346.525,46 (63%)	Sim	Sim	Não
Hospital de Base de São José do Rio Preto	1.500.000 hab (07 RS- DRSXV)			R\$10.570.520,50	R\$3.375.359,82 (32%)	Sim	Sim	Sim

Fonte: Portal transparência SES-SP. Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

A descentralização e a regionalização são princípios basilares do SUS que envolvem diversos desafios, visto que o processo de consolidação da política pública de saúde é dinâmico e contínuo. Nesse contexto, a organização das redes de atenção à saúde (RAS) tem sido debatida, continuamente, pelos gestores, nas três esferas de governo, tendo a esfera estadual um papel indutor, por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) para que a programação assistencial ocorra de forma ascendente e integrada, ampliando o acesso, reduzindo as demandas reprimidas e acenando para o real atendimento das necessidades de saúde^{9,10}.

Deste modo, é importante ressaltar que o alcance da continuidade, da integralidade e da resolutividade da atenção se conecta com a existência de uma rede integrada de serviços de saúde, que

garanta acesso a todos os pontos da rede mas, principalmente, à AB e à média complexidade, o que repercute diretamente no desempenho do sistema de serviços de saúde, visto que em estudo realizado em Goiás, confirmou-se que as altas taxas de internação por doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca apontam a importância das DCNT no cenário atual do nosso país, sendo campo de prática da AB e da média complexidade sob a ótica da continuidade do cuidado, com o alto índice de envelhecimento populacional^{4,11,12}.

Na RS de São José do Rio Preto, o estado passou a organizar a rede de serviços de média complexidade, tendo como prestadores o ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Em 2009, foi inaugurado o AME São José do Rio Preto, resultando em ampliação da oferta de serviços, incluindo a oferta de consultas médicas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia, com a repactuação da PPI em 2010, sendo a

referência da pactuação mais atual para a análise deste estudo.

A partir dessa realidade, é importante ressaltar que a falta de frequência e periodicidade para a revisão da PPI (última em 2010), remete à reflexão do conceito da governança da Rede, que contempla relações colaborativas de todos os atores envolvidos na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), fazendo que seja organizada e orientada a partir de objetivos comuns ao coletivo, através de negociação, ampliando o conceito da Gestão. Desta forma, a falta de revisão da PPI de forma mais frequente, impacta de forma importante na governança das Redes na região¹³.

A governança regional é entendida em três dimensões: institucional, gerencial e de financiamento. A institucional é representada por instâncias gestoras e suas relações interfederativas; a gerencial, representada pela estruturação dos grupos condutores das redes temáticas, considerando as realidades do território regional através de diagnóstico e prioridades; e a de financiamento, que trabalha com o orçamento e a alocação de recursos financeiros em cada serviço de atenção em saúde de sua composição. Em estudo realizado com a Rede de Pessoas com DC com crianças e adolescentes, constatou-se que a oferta dos serviços de atenção básica e especializada não se compatibilizaram com a demanda real, demonstrando fragilidades na pactuação entre os gestores, como o achado neste estudo. Tais achados apontam que além da insuficiência na revisão frequente da pactuação da oferta de serviços da RCC nos espaços de negociação, relaciona-se à governança institucional da RAS, reforçam que a dimensão gerencial, também está fragilizada à medida que a necessidade, oferta e demanda reprimida na RS não corroboram entre si, pois não contemplam o diagnóstico do território regional^{1,13,14}.

Em relação à dimensão de financiamento, estudos sobre governança de Redes, apontam conflitos no financiamento e na divisão entre as regiões de saúde, apesar das discussões nos espaços colegiados, pela insuficiência dos recursos e logo, da oferta de serviços alinhados à necessidade regional. Neste estudo, nota-se que apesar dos recursos financeiros para as consultas ambulatoriais no AME corresponderem à 63% do contratualizado e atender apenas 02 RS, incluindo a

região deste estudo, o ambulatório do Hospital de Base atende aos 102 municípios, em 07 RS, com 32% de seus recursos para atendimentos ambulatoriais, correspondendo, considerando a população das duas RS e do DRSXV (750.000 habitantes e 1.500.000 habitantes, respectivamente), a um gasto de R\$1,80 per capita/mês pelo AME e R\$2,25 per capita/mês pelo Ambulatório do Hospital de Base, demonstrando um subfinanciamento, impactando na integralidade do cuidado^{13,15-17}.

O porte populacional dos municípios da RS estudada, que possui 90% dos municípios classificados como de pequeno porte, segundo Calvo et al.⁸, pode caracterizar uma fragilidade regional em relação à gestão em saúde, pois as pequenas cidades têm a responsabilidade de atender a totalidade das necessidades de saúde da população, quer seja em seu território ou não, e para isso dependem dos municípios maiores para a média e alta complexidade. Essa situação, na região estudada, pode ser entendida como uma dificuldade para o planejamento regional e para governança, dada a diversidade e heterogeneidade dos municípios que a compõe, a desigualdade de acesso, a oferta incipiente de serviços de média complexidade e pelo reforço das atribuições dos municípios pelo estado e fragilidade de suas relações, na organização e na oferta dos serviços^{15,16}.

No âmbito das DCV e da RCC, um marco importante, foi o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que elencou quatro principais grupos de doenças crônicas, sendo as cardiovasculares a primeira delas pela importância epidemiológica (principal causa de morte no Brasil), definindo ações em três eixos estratégicos, sendo eles: I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde; e III. Cuidado Integral, assim, ao analisar um recorte da rede – as consultas de média complexidade em uma RS, traz-se à tona a discussão do quanto os espaços de pactuação atuam de forma direta no eixo de Avaliação e Monitoramento na macropolítica⁶.

Neste estudo, a pactuação (PPI) com sua atualização mais recente na RS em 2010, os parâmetros assistenciais que seguiam a portaria nº1101/2002, atualizada para a portaria nº1635/2015 (13 anos depois) e a demanda reprimida de ordem média de mais 100%

para as especialidades elencadas, incita à reflexão de que a organização das RAS envolve protagonismo na macro e micropolítica dos atores envolvidos, logo, a unidade territorial da Região de Saúde e os deslocamentos de poder e capacidade de repactuação dos atores envolvidos na gestão e nas instituições são fundamentais para a interlocução da rede, viabilizando a construção de novas relações de poder nos espaços colegiados¹⁷.

Alguns estudos apontam que a demora no acesso às consultas especializadas pode impactar diretamente na qualidade de vida, no sucesso do tratamento e na continuidade do cuidado. Observa-se ainda, que o aumento da demanda, decorrente do incremento da AB, do aumento da expectativa de vida e da alta prevalência das DCNT, principalmente, nos municípios de pequeno porte, aumentam o tempo de espera e a insuficiência de serviços nas consultas especializadas, especialmente, quando as pactuações assistenciais não são revisadas periodicamente¹⁶⁻¹⁸.

O acesso à atenção especializada indica um tempo médio de espera aceitável de três meses, e quanto maior a espera, maior o absenteísmo. Neste estudo, pode-se observar nas Tabelas 1, 2 e 3, que ao se ofertar a média 33%, 69% e 51% da necessidade das consultas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia, respectivamente, na RCC, e demanda reprimida de 163%, 270% e 183% em relação à oferta de consultas nestas especialidades, cria-se uma limitação de acesso pelo tempo de espera longo às consultas, comprometendo a condição de saúde da população e a suficiência da Rede^{10,11}.

Assim, a análise do quantitativo estimado de consulta médica especializada para a RCC, fundada nos parâmetros recomendados pelo MS, e a demanda reprimida no ano de 2018 na RS deste estudo, apontou que ao longo dos anos, houve uma programação e uma pactuação dessa ação de saúde desconectada da necessidade, gerando a demanda reprimida e demora no agendamento da população, visto que as pactuações da PPI foram atualizadas em 2010, antes da publicação dos novos parâmetros que fundamentaram este estudo. Verifica-se que mesmo após as revisões da PPI, a oferta de consultas de média complexidade ainda não atendeu a necessidade da população da RS estudada. Tal

situação é preocupante, pois diversos estudos, como o realizado no estado da Bahia, que investigou os fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, mostrou que, quando o cuidado integral e resolutivo não acontece a contento, além do prejuízo causado ao paciente, o atendimento decorrente das complicações das DCV, seja na urgência/emergência ou na internação hospitalar torna-se mais custoso, ultrapassando os 750 milhões de dólares ao ano em nosso país^{6,12}.

Vale notar ainda que em decorrência da descentralização, o município de São José do Rio Preto caracterizou-se por ser um polo assistencial nessa RS, dispondo de serviços próprios de média e alta complexidade, o que poderia justificar a diferença percentual importante na oferta das consultas médicas especializadas da RCC.

A regionalização do SUS não é apenas um princípio organizativo a ser cumprido, uma vez que é condição fundamental para a qualidade do controle social sobre o sistema a existência de base regional, com negociações e discussões permanentes nos espaços colegiados acerca dos interesses coletivos dos municípios, além da oferta de serviços minimamente suficientes para o atendimento da demanda. Tais afirmações vão ao encontro dos achados deste estudo que evidenciaram a fragilidade do processo de pactuação e, conseqüentemente, a oferta insuficiente de importante ação de saúde (consulta médica especializada) para a RCC regional. Em outros estudos sobre essa temática foi enfatizado o papel do estado no direcionamento das ações e das pactuações das RAS, de forma a protagonizar a organização harmônica entre os diversos níveis assistenciais, gerando economia de recursos, principalmente, na organização e na oferta de serviços de média complexidade. Desta forma, pela análise da RCC da RS de São José do Rio Preto foi possível identificar o gargalo existente na oferta de consulta em suas principais especialidades médicas, que se mostrou aquém das necessidades da região¹³⁻¹⁵.

Em estudo realizado na RS de Vitória da Conquista, com aproximadamente 637.414 habitantes, quantitativo populacional semelhante ao da RS estudada, a atenção especializada foi apontada como elemento estratégico para a resolutividade das necessidades de saúde da população e alocação de

recursos físicos e financeiros na programação assistencial. Além disso, nas reuniões de CIR em Vitória da Conquista, a PPI no que tange à organização da oferta de serviços ambulatoriais especializados, foi citada frequentemente, quanto às inadequações na oferta e até mesmo de compra de serviços, pelos municípios, não tendo suas necessidades atendidas^{10,13}.

O cenário apresentado, neste estudo, corrobora o estudo feito por Silva et al.¹² que abordou a dificuldade do acesso aos serviços de média complexidade para além da essencial integração com a AB. Assim, quando se analisa um contexto regional, empregando-se o parâmetro indicativo da necessidade de uma ação de saúde, considerando a pactuação da oferta de serviços de acordo com sua capacidade instalada, nota-se que a garantia do acesso aos serviços de média complexidade se apresenta como fator fundamental, para a redução da demanda reprimida de atendimentos nas especialidades médicas ambulatoriais da RCC^{4,12,26}.

Na RS de São José do Rio Preto, a PPI teve sua revisão mais recente em 2010, estando atualmente em discussão na CIR. Pode-se observar, então, o quanto os limites relativos a oferta de serviços ao longo dos anos, impactaram na pactuação da oferta de serviços pelo estado, podendo gerar dificuldades no acesso, muitas vezes fragmentando a rede. Deste modo, alguns estudos apontaram como principais desafios à regionalização, o baixo financiamento estadual para incremento da atenção de média complexidade, impelindo a necessidade de investimento pelo município. Ademais, os municípios parecem estar pressionados pelo estado quanto à responsabilidade na oferta de serviços cada vez mais ampliada, embora discussões aprofundadas ainda sejam incipientes no âmbito da gestão regional^{2,10,17}. Desta forma, pode-se inferir ainda que há um vazio assistencial nesta RS, que gera demandas reprimidas relativas às consultas médicas da RCC, resultantes de programações e pactuações assistenciais distantes dos atuais parâmetros propostos pelo MS.

Por sua vez, registra-se que apesar de a PPI ser uma interessante ferramenta de programação assistencial e de alocação de recursos, ela pode reforçar a necessidade de consultas médicas em um modelo médico-centrado, se analisada isoladamente. O objetivo deste estudo foi analisar a oferta em uma RS apoiando

a ideia de que a PPI deve estar atrelada ao planejamento assistencial e de investimento das redes de atenção em todos os níveis e, essencialmente, calcada nas necessidades de saúde regionais, estando as consultas especializadas disponíveis a contento do que emerge da AB. Logo, ela deve ser revisada periodicamente e monitorada continuamente pela CIR, para evidenciar os nós críticos relacionados ao acesso aos serviços de saúde em cada RAS. Tal concepção, corrobora com estudo de Leal et al.¹⁸, analisando o percurso do idoso na RAS. Por ser este o indivíduo que necessita de várias RAS compondo o seu cuidado, o estudo pontuou a fundamentação das RAS na articulação de ações e serviços, com integralidade e transversalidade, entendendo para este último quesito as linhas de cuidado como ponto chave na promoção do diálogo entre os níveis de atenção¹⁶⁻¹⁸.

Outro aspecto importante, é que na RS do estudo, a fragilidade percebida no que tange às pactuações assistenciais realizadas trazem à tona a necessidade do protagonismo dos gestores municipais, nessas discussões, principalmente, os de municípios de pequeno porte, nos espaços colegiados decisórios. Em estudos realizados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, a debilidade político-administrativa dos municípios foi identificada como parte da realidade locorregional, ratificando a necessidade de que estes espaços colegiados sejam efetivamente fóruns técnicos e políticos compartilhados e solidários, buscando a melhor organização das RS. Essa constatação foi corroborada em estudo realizado com gestores das três RS do DRS XIII, que citaram a questão do acesso às especialidades médicas como um problema que deveria ser mais discutido nos espaços colegiados, com maior autonomia dos municípios na realização das pactuações para a construção das Redes^{20,24,25}.

É fato que a RCC possui papel chave no contexto das DCNT, cuja prevalência vem aumentando no país, aliada ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento da população. Desta forma, identificar a necessidade de saúde, programar a oferta de ações de saúde, bem como, realizar a pactuação das referências regionais caracterizam-se como iniciativas de extrema importância para a garantia do acesso, eficiência no uso

dos recursos e o atingimento da integralidade na rede de cuidados cardiovasculares^{9,18}.

CONCLUSÃO

Neste estudo, pôde-se observar um dissenso entre a necessidade assistencial estimada e a pactuação da oferta de uma ação de saúde de média complexidade (a consulta médica especializada) que compõem a rede de cuidados cardiovasculares, impactando diretamente na governança da RCC, nas dimensões institucional, gerencial e de financiamento. A pactuação da oferta de consultas médicas em cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia cobriu, em média, 51% da necessidade parametrizada atualmente pelo MS. O financiamento para as consultas de especialidades se demonstrou subfinanciado, considerando as populações de referência para os prestadores contratualizados, reforçando as evidências de que ao se ampliar o investimento na assistência ambulatorial, se reduzem os gastos com a assistência hospitalar, além de se prevenir os danos e sequelas à saúde da população. Por isso, a relevância de se elaborar programações e pactuações assistenciais consoantes às necessidades, ou minimamente, às demandas tendo como substrato o atendimento em rede.

O estudo também revelou uma fragilidade técnica e política das gestões municipais e estaduais, em especial na RS do estudo que é composta na sua maioria de municípios de pequeno porte, de tal forma a produzir uma programação assistencial, no caso analisado, dissonante da necessidade assistencial regional, o que suscita novas investigações para se desvelar os fatores diretamente relacionados a esse desfecho.

Como limitação do estudo pode-se citar a análise da RCC a partir de uma única ação de saúde, a consulta médica especializada, considerando a complexidade da construção de uma RAS, que é composta por outros recursos assistenciais. Outras limitações dizem respeito à utilização de fontes secundárias de dados no que tange, por exemplo, ao controle dos dados coletados e à falta de dados e análise do crescimento da população de 30 anos e mais, que pode ser afetada pelas DCV, sendo necessários outros estudos para relacionar as ações de prevenção na AB para esta faixa etária.

Entretanto, acredita-se que os resultados do estudo podem colocar em foco a importância da governança das RAS em suas três dimensões, considerando a qualificação da programação e da pactuação assistenciais, no contexto regional, como elemento estratégico na estruturação, na análise de suficiência e na operacionalização das redes de atenção à saúde, em especial, da rede de cuidados cardiovasculares. Ademais, a análise de cada região de saúde permite compreender aspectos reais da organização do setor saúde nesse território, minimizar as desigualdades de acesso, otimizar a utilização dos recursos e promover a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

- Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OT, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [citado 12 mar. 2022]; 24(2):423-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PYpxrsbzLMbHhNW6wSBzXkb/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/S0104-12902015000200003
- Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Cien Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1045-54. doi: 10.1590/1413-81232017224.26552016.
- Fernandes FMB. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Cien Saúde Coletiva*. 2017; 2(4):1311-20. doi: 10.1590/1413-81232017224.26412016
- Silva CR, Carvalho BG, Cordoní Júnior L, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Cien Saude Colet*; 2017;22(4):1109-20.
- Santos AM, Giovannella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet] 2016. [citado 10 jul. 2020]; 32(3):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Cv8VccfnPcZSq7dsvsQDhS/abstract/?lang=pt>
- Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSSA, Silva MMA. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 [citado 10 jul. 2020]; 25(2):373-90. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200373&lng=pt
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv. Saúde* [Internet]. 2016 [citado 10 jul. 2020]; 25(4):767-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/nYQtkd4HypncJ5Rkk9hKntS/abstract/?lang=pt>. Doi:10.5123/s1679-49742016000400010.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.
- Godói H, Andrade SR, Mello ALSF. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 10 jul. 2020]; 33(9):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N4tjJrNt3XWF5sQcfhjyxf/abstract/?lang=pt#>

11. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [citado 15 jul. 2021]; 24(2):423-437. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PYpxrsbzLMBHhNW6wSBzXkb/abstract/?lang=pt#>
12. Silva MVM, Oliveira VS, Pinto PMA, Razia PFS, Caixeta ACP, Aquino EC, Morasis neto OLI. Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2019 [citado em 15 jul. 2021]; 28(1):e2018110. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/7KKN9gNgBfQYQFgD9fzsPzt/?format=pdf&lang=pt>. Doi: 10.5123/S1679-49742019000100018.
13. Nobrega VM, Souza MHN, Santos MM, Silva MEA, Collet N. Governança e suporte da rede social secundária na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas. *Cien Saúde Coletiva*. 2018; 23(10):3257-65
14. Ministério da Saúde (BR). Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2014.
15. Nascimento AB. Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde. *Rev Gestão Sist Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 15 jul. 2021]; 4(2):73-86. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12740/6270>
16. Pinafo E, Carvalho BR, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1511-1524, 2016.
17. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos CWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde Debate*. 2018; 42(118):579-93.
18. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Junior PRB. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [citado em 15 jul. 2021]; 51:1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MythnvQSG9KxQ6vKm8PXsbn/?lang=en>

Envio: 05/06/2023

Aceite: 20/08/2023