UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

Aspectos da atenção à saúde cardiovascular no cenário da Regionalização

Ribeirão Preto
2020

ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

Aspectos da atenção à saúde cardiovascular no cenário da Regionalização

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutorado em Ciências.

Área de Concentração: Política, Planejamento e
Gestão em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Ribeirão Preto
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Feltrin, Aline Fiori dos Santos

Aspectos da atenção à saúde cardiovascular no cenário da Regionalização . Ribeirão Preto, 2020. 94p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Programa: Saúde Pública, Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Ferreira, Janise Braga Barros.

1. Doenças Cardiovasculares. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Regionalização.

Nome: Feltrin, Aline Fiori dos Santos

Título: Aspectos da atenção à saúde cardiovascular no cenário da Regionalização

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutorado em Ciências – Programa de Saúde Pública – Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Instituição: FMRP-USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Luane Marques de Melo

Instituição: FMRP-USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Luciely Dias Pedreschi Chaves

Instituição: FMRP-USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dr. Túlio Batista Franco

Instituição: Universidade Federal Fluminense-UFF

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todos os profissionais e gestores que amam e defendem o SUS por estarmos juntos na mesma luta.

Agradecimentos

À minha orientadora professora Dra. Janise que me acolheu e me compreendeu, e me fez entender que encontrar acolhida e valorização por parte de um professor ao profissional que trabalha é para poucos, me fazendo entender que melhor que a dedicação exclusiva é a dedicação inclusiva, me ensinando ao longo de todos esses anos, você é um grande exemplo de professora, orientadora e profissional, obrigada por me tornar melhor ao longo desses anos.

À minha coordenadora e agora pró-reitora acadêmica da UNIFIPA Maria Cláudia Parro que me incentivou neste caminho.

À minha família e amigos, em especial ao meu esposo Glauco, que me incentivaram o tempo todo e acreditaram em mim durante o desenvolvimento deste percurso.

Ao meu filho Pedro que chegou para resignificar minha vida e minha visão do nosso papel social no mundo, me fazendo querer ser uma pessoa melhor a cada dia.

À minha amiga Liliane que me apresentou o Programa de Saúde Pública da FMRP e é meu par nas jornadas do SUS e dos estudos.

Às minhas colegas de Programa Tatiane Delatorre, Fernanda Bergamini e Letícia Soares, com as quais dividi muitas reflexões, lanches, e momentos que ficarão para sempre em meu coração.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior - CAPES pelo apoio financeiro destinado ao trabalho e elaboração dessa tese.

A Deus, minha base, meu alicerce, meu Tudo!

“Quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é ser o opressor (...) O educador se eterniza em cada ser que educa. (...) A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem.”
(Paulo Freire, 1987)

RESUMO

FELTRIN, A.F.S. Aspectos da atenção à saúde cardiovascular no cenário da Regionalização. 2020. 94p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

A descentralização e regionalização no SUS tem um grande percurso histórico. Com a transição epidemiológica e demográfica e tripla carga de doenças, as doenças crônicas não-transmissíveis assumem importante espaço nas causas de internação e mortalidade, sobretudo as doenças cardiovasculares, e são priorizadas nas discussões de planejamento e oferta de cuidado. As Redes de Atenção à Saúde definidas como arranjos organizacionais que envolvem os serviços de saúde em todos os níveis assistenciais em um contexto loco-regional, surgem como forma de organização, tendo a Atenção Primária em Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado. Neste sentido a Rede Cardiovascular considerando as linhas de cuidado no contexto da Atenção Primária em Saúde deve ser priorizada pelos diversos atores, cabendo destaque aos gestores que articulam e micro e a macropolítica sob o pano de fundo do conceito de governança nas redes. Desta forma, o objetivo geral deste estudo foi identificar o processo de organização de serviços, oferta, demanda e necessidade de ações de saúde na rede de cuidado cardiovascular. Percurso metodológico: Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem mista. O estudo foi desenvolvido na Região de Saúde (RS) de São José do Rio Preto, que está inserida no Departamento Regional de Saúde (DRS) XV – São José do Rio Preto. Esta RS é composta por 20 municípios, abrangendo uma população total de aproximadamente, 649.787 habitantes. Os dados de pactuação, oferta e necessidade de oferta de cuidados na rede foram obtidos por meio de análise documental da Programação Pactuada Integrada e pelo cálculo para a Região de Saúde dos parâmetros segundo a portaria nº1638/2015. Os dados da demanda reprimida foram obtidos junto aos gestores com as equipes de regulação municipais. Os gestores com mais de 01 ano de exercício de gestão foram entrevistados, sendo a entrevista posteriormente transcrita para as questões abertas, com agrupamento das falas dos gestores em núcleos de sentido. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados que aborda os aspectos de conhecimento considerados relevantes sobre a demanda de ações e serviços relacionados à Rede Cardiovascular e sobre as ações que vem sendo realizadas preventivamente no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Após todos os dados levantados, foi realizada análise comparativa entre parâmetros, oferta e demanda e indicadores de desempenho relacionados com a APS na RS por meio de estatística descritiva (incluindo frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e de dispersão) enquanto que para os dados qualitativos obtidos através das entrevistas, foi empregada a técnica de análise de conteúdo (dimensão temática). Após a análise de conteúdo e análise quantitativa, foi realizado cotejamento dos resultados das referidas análises, considerando o referencial teórico de Redes e Regionalização proposto por Mendes (2011-2015). Resultados: Foram entrevistados 10 gestores. Pode-se observar que a oferta média foi de 33%, 69% e 51% da necessidade estimada das consultas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia, respectivamente, na rede cardiovascular, e a demanda reprimida foi de 163%, 270% e 183% em relação à oferta de consultas, nessas especialidades, na mesma ordem na região do estudo. Além disso, o estudo revelou fragilidades na produção do cuidado, visto que a cobertura de Atenção Primária e de Estratégia de Saúde da Família ficou em torno de 66,0% e 50%, respectivamente e que grande parte dos municípios apresentaram taxas elevadas de mortalidade por doenças cardiovasculares e internação por condições sensíveis à atenção

primária e resultados pouco expressivos na avaliação do PMAQ. E ainda que os gestores abordem em suas falas a questão da governança na rede, ainda não mostra-se clara a sua visão da Atenção Primária como ordenadora do cuidado e do papel do gestor na articulação da micro (rede local de saúde, fortalecimento da Atenção Primária) com a macropolítica. Considera-se por fim que esses resultados repercutem negativamente em toda a rede de saúde, pela dimensão da responsabilidade da Atenção Primária no manejo dos agravos mais prevalentes na população ligados à rede cardiovascular, além de evidenciar a fragilidade da rede pela relação desconectada entre necessidade, oferta e demanda para os atendimentos em outros níveis de atenção, impactando nas relações interfederativas e logo, na governança. Este estudo, sem esgotar a temática, contribuiu com compreensão do papel ampliado do gestor e da necessidade de sua aproximação com o conceito de governança na rede que se traduzam no desencadeamento de ações de fortalecimento da Atenção Primária e dos gestores nos espaços decisórios.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde, serviços de saúde, regionalização, cuidados cardiovasculares.

ABSTRACT

FELTRIN, AFS. Aspects of cardiovascular health care in the Regionalization scenario. 94p. Doctoral Thesis – Faculty Medicine of Ribeirão Preto, University São Paulo. São Paulo, 2020.

Decentralization and regionalization in the SUS has a long history. With the epidemiological and demographic transition and the triple burden of diseases, chronic non-communicable diseases take on an important role in the causes of hospitalization and mortality, especially cardiovascular diseases, and are prioritized in discussions of planning and care provision. Health Care Networks defined as organizational arrangements that involve health services at all levels of care in a loco-regional context, appear as a form of organization, with Primary Health Care as the ordering and care coordinator. In this sense, the Cardiovascular Network considering the lines of care in the context of Primary Health Care should be prioritized by the various actors, with emphasis on the managers who articulate micro and macro politics under the backdrop of the concept of governance in the networks. Thus, the general objective of this study was to identify the process of organizing services, supply, demand and the need for health actions in the cardiovascular care network. Methodological path: This is an evaluative research with a mixed approach. The study was conducted in the Health Region (RS) of São José do Rio Preto, which is part of the Regional Health Department (DRS) XV - São José do Rio Preto. This RS is composed of 20 municipalities, covering a total population of approximately 649,787 inhabitants. The data on the agreement, offer and the need to offer care on the network were obtained through documentary analysis of the Integrated Pact Programming and by calculating the parameters for the Health Region according to ordinance 1638/2015. Repressed demand data was obtained from managers with municipal regulatory teams. Managers with more than one year of management experience were interviewed, and the interview was later transcribed to open questions, with the managers' statements grouped into meaning units. A data collection instrument was elaborated that addresses the aspects of knowledge considered relevant about the demand for actions and services related to the Cardiovascular Network and about the actions that have been carried out preventively in the scope of Primary Health Care. After all the data collected, a comparative analysis was performed between parameters, supply and demand and performance indicators related to PHC in RS through descriptive statistics (including relative and absolute frequencies, measures of central tendency and dispersion) while for qualitative data obtained through interviews, the content analysis technique (thematic dimension) was used. After all the data collected, a comparative analysis was carried out between parameters, supply and demand and performance indicators related to PHC in RS through descriptive statistics (including relative and absolute frequencies, measures of central tendency and dispersion) while for qualitative data obtained through the interviews, the content analysis technique (thematic dimension) was used. After the content analysis and quantitative analysis, the results of these analyzes were compared, considering the theoretical framework of Networks and Regionalization proposed by Mendes (2011-2015). Results: 10 managers were interviewed. It can be seen that the average supply was 33%, 69% and 51% of the estimated need for cardiology, vascular surgery and nephrology consultations, respectively, in the cardiovascular network, and the pent-up demand was 163%, 270% and 183 % in relation to the offer of consultations, in these specialties, in the same order in the study region. In addition, the study revealed weaknesses in the production of care, since the coverage of Primary Care

and Family Health Strategy was around 66.0% and 50%, respectively, and that most municipalities had high mortality rates due to cardiovascular diseases and hospitalization due to conditions sensitive to primary care and low results in the assessment of the PMAQ. And although managers address the issue of network governance in their speeches, their vision of Primary Care as the organizer of care and the role of the manager in articulating the micro (local health network, strengthening of care) is still not clear. Primary) with macropolitics. Finally, it is considered that these results have a negative impact on the entire health network, due to the dimension of Primary Care responsibility in the management of the most prevalent diseases in the population linked to the cardiovascular network, in addition to highlighting the fragility of the network due to the disconnected relationship between need, supply and demand for care at other levels of care, impacting on inter-federative relations and therefore on governance. This study, without exhausting the theme, contributed to an understanding of the expanded role of the manager and the need for his approximation with the concept of governance in the network that translates into the triggering of actions to strengthen Primary Care and managers in decision-making spaces.

Key words: Health Care Networks, health services, regionalization, cardiovascular care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIR – Comissão Intergestora Regional

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DAC – Doenças do Aparelho Circulatório

DATASUS – Dados de Tabulação do SUS

DCNT – Doenças Crônicas não-transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DM – Diabetes Mellitus

DRS – Departamento Regional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICAPS – Internações Sensíveis por causas relacionadas à Atenção Primária em Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas de Operacionalização da Assistência em Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCC – Rede de Cuidados Cardiovasculares

RS – Região de Saúde

SISPACTO – Sistema de Informação da Pactuação Interfederativa de Indicadores

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. A organização do Sistema Único de Saúde e o princípio da descentralização	17
1.2. A Regionalização e as Redes de Atenção à Saúde.....	19
1.3. As Linhas de Cuidado de Hipertensão e Diabetes	22
1.3.1. Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial.....	22
1.3.2. A Linha de Cuidado do Diabetes.....	23
1.4. Justificativa	24
1.5. Referencial teórico	25
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Objetivo Geral.....	27
2.2. Objetivos específicos.....	27
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	28
3.1. Tipo de estudo.....	28
3.2. Cenário do estudo.....	28
3.3. Participantes da Pesquisa.....	29
3.4. Coleta de dados	30
3.5. Análise de dados	30
4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	31
5. RESULTADOS	32
5.1. Artigo I	32
5.2. Artigo II	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS – TESE DE DOUTORADO.....	80
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – TESE DE DOUTORADO	81
APÊNDICES	84
APÊNDICE A.....	84
Instrumento de coleta de dados para gestores de saúde	84
APÊNDICE B.....	89
ANEXOS.....	91

APRESENTAÇÃO

Essa tese surgiu através da militância e do amor pelo SUS, na trajetória profissional, enquanto enfermeira, ocupei diversos espaços na Saúde Pública: assistência, gestão municipal, gestão estadual e educação!

A inquietação que me moveu para a produção deste estudo foi identificar que a academia não dialoga muito com a prática, principalmente no âmbito da Gestão do SUS, diariamente gestores se desdobram para entender a complexidade de um sistema de proteção social e de abrangência universal como o SUS, desenvolvendo tantas ações, fazendo, junto com os profissionais um SUS que dá certo, mas a divulgação científica dessas ações acaba por ficar limitada.

Quando participei da construção das primeira Rede de Atenção à Saúde (a Rede Cegonha) na minha Região de Saúde, percebi a potência que era, gestores, profissionais, município, estado e União dialogando para maior fluidez dos processos, percursos, oferta e produção do cuidado aos usuários e me encantei ainda mais e me inquietei! Assim, a escolha pela Rede de Cuidados Cardiovasculares foi consequência em uma Região de Saúde com alta taxa de prevalência desses agravos e população idosa expressiva, e com sua proximidade com a Atenção Primária em Saúde, visto que neste nível assistencial é possível fazer tanto com pouco, no cotidiano do cuidado, fazendo o SUS dar certo ainda que com desafios.

Encontrei diversos desafios no desenvolvimento deste trabalho, os espaços de disputa de poder no SUS muitas vezes oprimem ações com potencial, para obter os dados encontrei entraves políticos e pessoais de gestores e técnicos pelos posicionamentos ao longo da trajetória no trabalho e na gestão do SUS, mas afinal de contas: o que é o fazer no SUS, se não um constante espaço de lutas, quedas e superações? Não desanimei!

Por outro lado, encontrei diversas pessoas que abriram caminhos, em especial à ex-Diretora do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto Claudia Monteiro Ferrazi Ferreira que me abriu as portas depois que muitos a fecharam e também os gestores municipais, que me acolheram em seus municípios, abrindo espaço em suas agendas para que eu pudesse ouvi-los e tentar representa-los neste estudo.

Graças à minha orientadora professora Dra. Janise Braga Barros Ferreira esse sonho se amplificou e se solidificou, me permitindo crescer como profissional e como defensora do SUS a cada pedacinho deste estudo que se materializava.

E neste processo de mudança também mudei, em especial quando me tornei mãe do Pedro, que me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia, e que me faz querer fazer o meu melhor em qualquer local ou papel que eu ocupe, que me faz querer tornar o mundo melhor.

Neste caminho, o que eu mais espero é que este trabalho sensibilize os gestores municipais à pesquisa, que entendam que divulgar um pouco do muito que é feito nos territórios abre caminhos e fortalece o SUS! Que este trabalho contribua com a minha Região de Saúde, pela qual tenho maior apreço, a qual me ensinou e me moldou no meu desenvolvimento profissional e no meu posicionamento enquanto defensora do SUS! Não podemos parar, o SUS é nosso!

1. INTRODUÇÃO

1.1. A organização do Sistema Único de Saúde e o princípio da descentralização

A Política Pública de Saúde no Brasil tem um longo percurso histórico até o SUS. Com maior ênfase, a partir da Alma Ata, do Movimento da Reforma Sanitária, da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Federal de 1988, a saúde ocupa espaço na agenda da administração pública, não apenas como “direito de todos e dever do Estado”, mas também como Sistema, com necessidade de planejamento e organização, e com a característica da descentralização e da participação social como princípios organizativos.^{1,2}

A descentralização no SUS, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) percorreu caminho complexo para a solidificação deste conceito e sua tradução na prática de Gestão. Neste contexto, a Norma Operacional Básica de 1991 (NOB 91), ao manter o financiamento por procedimento, não deu a amplitude necessária ao conceito de descentralização, tão necessário aos Municípios e à construção da Regionalização.^{1,3,4}

A descentralização ganha força maior, com a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, que além de definir formas de gestão para estados e municípios, sob a ótica da municipalização, uma vez que instituiu os instrumentos para atuação dos municípios, considerando a dimensão continental do Brasil, pressupôs a necessidade de autonomia dos entes federativos com a institucionalização das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite e a transferência do poder decisório, fortalecendo espaços de Gestão e autonomia dos municípios, apoiando o surgimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e trouxe a ideia de regionalização com a necessidade de relação cooperativa, principalmente entre os municípios.^{1,3,5,6}

A Municipalização então foi uma primeira estratégia de descentralização, buscando ampliar a capacidade e autonomia de governo local, o acesso e a cobertura assistencial na oferta de ações básicas de saúde, mais voltadas para a realidade do território, um desafio que permeia a consolidação do SUS nestes 30 anos de existência, visto que a forma como se deu a descentralização trouxe desafios como iniquidade regional, burocratização, e a falta de definição do papel dos estados brasileiros, que

muitas vezes limitaram-se a controlar a média e alta complexidade, posição privilegiada na organização do sistema, não estabelecendo necessariamente uma relação cooperativa com os municípios.^{3,7,8}

Na tentativa de avanço, as transferências dos recursos financeiros federais, posteriormente, passaram a ocorrer na modalidade fundo a fundo, organizada por blocos, não contemplando o papel do estado neste processo de maneira efetiva, uma vez que, o município com capacidade ampliada de oferta de ações básicas de saúde e assumindo mais autonomia na Gestão, trouxe de forma iminente aos estados, o papel de auxílio na organização, planejamento e pactuação dos serviços de outros níveis assistenciais sob a ótica da Regionalização e de regiões de saúde.^{8,9}

A NOB 96 que definiu a função do gestor e a importância da Atenção Primária em Saúde (APS), e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), vieram, de maneira complementar, dar forma à descentralização e à municipalização, no sentido de reordenar fluxos e reorganizar o SUS, fortalecendo a participação da população na discussão da organização das ações e serviços de saúde.^{4,7,10}

As NOAS, de 2001 e 2002, trouxeram grandes avanços no que tange à definição do papel dos gestores e da organização dos serviços, sob o pano de fundo da descentralização, cabendo destacar: criação dos Planos Diretores Regionais (PDR), buscando a organização da assistência de forma regionalizada e dando espaço para a discussão de referenciamento aos serviços; enfoque na APS e organização dos demais níveis de assistência à saúde.^{3,7}

Para atender ainda a necessidade de definição do papel do estado, dada a situação de maior definição do papel do ente federal e municipal no contexto da descentralização do SUS, ainda na década de 1980, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) é instituída de maneira integrada ao PDR, para definir fluxos, quantidades físicas e financeiras para atendimentos intermunicipais e interestaduais nos serviços, alocando recursos a partir de critérios, parâmetros e referência de serviços.^{8,11}

Desta forma, as NOB 93 e 96 e as NOAS, iniciam a transição da discussão da descentralização para a ampliação de conceitos e das ações de organização e de planejamento do SUS, com o princípio da Regionalização, dando maior consistência organizacional ao Sistema Único de Saúde.^{8,9}

É válido ressaltar, neste contexto, que a portaria nº1.101 de 2002, publicada pelo Ministério da Saúde foi, até 2015, o instrumento utilizado para definição de parâmetros assistenciais e como ferramenta de gestão para os diversos atores nas

instâncias decisórias do SUS, até ser substituída pela Portaria GM/MS nº1.631 de 02 de outubro de 2015, com plano de oferta e parâmetros revisados na composição das Redes de Atenção à Saúde.^{12,13}

1.2. A Regionalização e as Redes de Atenção à Saúde

Com a ampliação da ótica da descentralização e a necessidade crescente de ampliar as discussões no âmbito do planejamento e da gestão do SUS, a Regionalização passa a ser amplamente discutida com o Pacto pela Saúde de 2006.⁸

O Pacto pela Saúde, intensificou a regionalização, trazendo o desafio de se organizar o SUS considerando as diferenças locorregionais na composição das Regiões de Saúde, fortalecendo a pactuação entre os três entes, e trazendo as realidades locais e regionais para o plano do planejamento e organização do sistema.^{3,8}

À época, a descentralização do SUS enfrentava desafios para sua efetivação, uma vez que o processo se deu de forma intensamente normativa, fragmentando o modelo de assistência e o próprio sistema de saúde, não atendendo à produção do cuidado e à integralidade.^{3,7}

Considerando o contexto social, econômico, político e financeiro do país, onde cerca de três quartos dos municípios possuía menos de 20.000 habitantes e se configuraram neste processo oferecendo essencialmente serviços de APS, torna-se evidente que, mesmo em uma “região de saúde”, as diferenças entre municípios comporiam um nível de complexidade alto para a descentralização do SUS, por meio da Regionalização.^{4,11}

Desta forma, o grande desafio naquele momento, era a implantação de Regiões de Saúde (RS), de maneira a não fragmentar o sistema e os seus serviços, contemplando a integralidade, uma vez que, conforme fora instituída, a descentralização não propunha aprofundados debates e estudos acerca das diferentes realidades que a comporiam, abrindo espaço cada vez maior para os interesses dos serviços privados e para a lógica de organização da rede por demanda de serviços e não pelas realidades dos territórios.⁹

Neste contexto, resgata-se o conceito de território-vivo proposto por Milton Santos em 1998, considerando o território como espaço de alta complexidade, visto que cada território é único e dinâmico. Ainda, Mendes também em 1998, cita a necessidade de reorganização do sistema de atenção à saúde para a consolidação da regionalização.^{1,4,9}

O Pacto Pela Saúde em 2006 vislumbrou aprofundar a regionalização, com participação mais efetiva dos gestores. Ao se dividir em Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, evidencia a tentativa de consolidar os princípios doutrinários e organizativos do SUS, sob a ótica da regionalização, considerando a situação de saúde, naquele momento, além de ampliar a discussão da participação social, gestão de processos e educação em saúde, definidos pelas responsabilidades de cada ente federado.^{14,15}

Proposta do Pacto de Gestão, a promoção de uma regionalização solidária e cooperativa, incentivou a mudança da relação entre os gestores, bem como a garantia da integralidade e da potencialidade da capacidade de gestão, para oferta de ações e serviços com maior qualidade e acesso.^{7,16}

A descentralização e a regionalização, a partir do Pacto pela Saúde, colocou o papel dos estados em cheque. O estado de São Paulo, através da Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP, criou os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), considerando as diferenças locorregionais no Estado, criando grandes regiões administrativas de saúde a princípio. Com o tempo, e fortalecimento dos conceitos de regionalização, e de maneira geral, os Colegiados de Gestão Regional – CGR, foram fortalecidos, ajustando-se a PPI e o PDR.^{1,17}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os serviços de baixa densidade tecnológica devem ser mais dispersos, para dar acesso à população, como exemplo a APS, e os serviços de maior densidade tecnológica devem estar mais concentrados, formando uma rede.⁹

Diante deste cenário desafiador, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, através da portaria nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, definindo o conceito e os seus princípios, integrando os territórios, pautados em Linhas de Cuidado.¹⁴

Segundo a Portaria MS nº4.279/2010 ¹⁴:

“O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo corresponsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.”

Neste contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”⁹

As RAS então, assumem o papel de reorganizar o SUS a partir da regionalização com efetiva produção de saúde, articulando os três entes federativos com vistas à governança e relação interfederativa constante, baseada nos territórios e suas diferenças locorregionais, com protagonismo da APS no eixo das linhas de cuidado e planejamento estratégico, no que tange à organização e regulação do acesso às ações e serviços de saúde.^{1,9}

O MS ainda, sob o Decreto-Lei nº 7.508/2011, regulamentou a Lei no 8.080/90, instituindo as RS e as instâncias colegiadas como as Comissões Intergestores Regionais – CIR, definindo a integração, a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, , no formato de Redes de Atenção à Saúde, bem como definindo rol mínimo de ações e serviços para constituição das regiões de saúde: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.^{4,9}

As RAS têm então o potencial de compor vários pontos de atenção com diversos equipamentos e serviços e densidades tecnológicas, devendo ser estruturada conforme as diretrizes de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários, e pontos de atenção, bem como considerando os elementos fundamentais que a compõe: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.^{9,18}

Para análise da população e para ampliação do acesso, considerando as características de saúde-doença do local, as RAS propõem as Linhas de Cuidado como

ponto de partida para a sua efetivação de uma rede no aspecto da oferta de serviços assistenciais de forma estruturada.⁹

1.3. As Linhas de Cuidado de Hipertensão e Diabetes

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) de grande impacto para a Saúde Pública. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório configuram-se como uma das principais causas de óbitos em todas as regiões, demonstrando o quanto a Linha de Cuidado de HAS e DM, na perspectiva da APS, são fundamentais na tentativa de minimizar estes indicadores.^{2,19}

1.3.1. Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial

Ao se discutir a HAS, há que se considerar que o aumento da pressão arterial contínuo potencializa o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV), logo, a detecção precoce, busca ativa, tratamento e controle dos pacientes hipertensos é fundamental para redução destes agravos.^{20,21}

A HAS caracteriza-se por uma condição multifatorial com aumento de pressão arterial, hoje considerada com níveis maiores ou iguais a 140x90 mmHg, com prevalência no Brasil média de 32% em adultos, evidencia-se a necessidade de uma Linha de Cuidado específica para o seu tratamento e acompanhamento.^{2,21}

Segundo o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Circulação do Estados Unidos, a hipertensão, além de ter prevalência global estimada de cerca de um bilhão de indivíduos, pode ter relação direta com sequelas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doença renal crônica, acidente vascular cerebral, entre outras doenças cardiovasculares.^{21,22}

Para avaliação do risco das DCV, há uma forma de classificação dos pacientes hipertensos, denominada Estratificação do risco cardiovascular global pelo escore de *Framingham*, que define o risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial avaliando fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas, dando suporte às equipes de Atenção Básica e às equipes de Gestão para avaliação das

necessidades de suporte de outros serviços em outros pontos assistenciais, bem como de acompanhamento mais frequente.^{20,21}

Quando associada à diabetes, o risco de relação direta com as DCV torna-se mais elevado, pois alguns estudos realizados no Reino Unido demonstraram que a redução de 10 mmHg na pressão sistólica esteve associada com a redução na taxa de mortalidade por diabetes, IAM e outras DCV.^{2,22}

Sendo a APS, o centro da rede poliárquica proposta pela RAS, as Linhas de Cuidado, principalmente no que tange às DCNT, devem ser construídas e fortalecidas neste âmbito de atenção, para dar seguimento aos demais níveis quando esgotadas as possibilidades de acompanhamento, controle e recuperação da saúde, bem como para prevenir complicações e agravos mais graves.^{9,23}

A Linha de Cuidado da HAS, criada a nível nacional e estadual no estado de São Paulo, tem o objetivo principal de qualificar a atenção ao hipertenso, com integralidade e acesso a todos os pontos de atenção que envolve seus cuidados, em todos os níveis de assistência.²⁰

As ações que envolvem as Linhas de Cuidado, pressupõe ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento e controle no âmbito da AB e ações de planejamento, pactuação e organização no âmbito da Gestão para fortalecimento da rede e para permeabilizar o acesso da população.²⁰

1.3.2. A Linha de Cuidado do Diabetes

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, de origem múltipla, evidenciada por um transtorno metabólico por deficiência, ausência ou resistência à insulina, aumentando a glicose na circulação sanguínea, fragilizando o sistema imunológico do indivíduo portador da doença, com alto risco de complicações quando o tratamento e a mudança de hábitos de vida não são realizados de forma adequada como: nefropatia, insuficiência renal, infecções recorrentes, problemas cardiovasculares, complicações visuais e até óbito.^{24,25}

Por ser uma DCNT, e ter alta prevalência com estimativa de 40 milhões de diabéticos em 2030, a diabetes é um problema de Saúde Pública e deve ser manejado e acompanhado na AB, com intuito de evitar hospitalizações e mortes por DCV.²⁴

Segundo a OMS, a estimativa para o Brasil é que em 2030 ele ocupe o 6º lugar no mundo em número de diabéticos. A Linha de Cuidado do Diabetes, a nível nacional e estadual, objetiva qualificar o acesso aos serviços de diagnóstico, acompanhamento, tratamento em todos os níveis assistenciais, de maneira integral, principalmente no que tange ao seguimento na AB.^{23,24}

1.4. Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são prioridade na área da saúde pública no Brasil. A taxa de mortalidade por DCNT está incluída na Relação da Pactuação Interfederativa de Indicadores, conhecida como SISPACTO, sendo monitorada e pactuada, anualmente, por todos os municípios brasileiros.¹⁹

Neste cenário, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) ou as doenças cardiovasculares (DCV) que têm impacto significativo nos óbitos e nas taxas de morbidade ambulatorial e hospitalar.^{2,20}

Uma vez que a prevalência de doenças como hipertensão e diabetes, fatores de risco para a DCV tem aumentado ao longo do tempo, e ainda, o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, o estudo das DCNT tem sido ampliado, no sentido de analisar e identificar a necessidade de organização dos serviços de saúde, em especial da AB, bem como a desenvolver ações de prevenção e promoção de hábitos e estilo de vida mais saudáveis.^{9,26}

Considerando ainda, o envelhecimento da população, a mudança de perfil epidemiológico com predomínio de doenças crônicas, o difícil manejo das comorbidades e o aumento da expectativa de vida dos usuários, expõe-se a necessidade de consolidação dos princípios do SUS, em especial da integralidade e da resolutividade da assistência, considerando a ampliação e qualidade e organização da rede de acesso em todos os níveis assistenciais.²⁴

Nesse sentido, analisar a oferta de serviços para os pacientes hipertensos e diabéticos, com enfoque nas doenças cardiovasculares e conhecer a opinião dos atores sociais envolvidos neste processo pode, no campo acadêmico, contribuir com a produção de conhecimento científico acerca da atenção às doenças crônicas não transmissíveis. Ainda, a análise da demanda e dos parâmetros assistenciais, confrontando-os com a oferta em uma rede de assistência, possibilita a identificação de nós críticos nas instâncias de decisão, pactuação e gestão em saúde.

Desta forma, a realização deste estudo que enfatiza a Rede de Cuidado Cardiovascular encontra-se ancorada no momento atual da efetivação, no estado de São Paulo, da implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde e de diversas linhas de cuidado e na nova parametrização das ações de saúde propostas pelo Ministério da Saúde, em 2015.

1.5. Referencial teórico

Neste estudo, utilizaremos como referencial teórico as Redes de Atenção à Saúde (RAS) proposta por Mendes (2011-2015)⁹, que contextualiza a situação das condições de saúde, bem como os sistemas de saúde, interligando-os, uma vez que defende que as pessoas só têm valor agregado em um sistema de saúde quando se identifica e se enfrenta uma condição de saúde de maneira integral no contexto clínico, organizacional e de gestão.

O autor defende ainda a ideia da tripla carga de doenças, que passa primeiro pela situação histórica marcante das doenças transmissíveis, em um segundo momento pelas doenças crônicas não-transmissíveis e pelas causas externas, levantando a necessidade da organização das RAS para o enfrentamento desta realidade.

Destaca-se que o processo de construção das RAS contempla o modelo de atenção à saúde, modelo de gestão, planejamento, ênfase no cuidado, conhecimento e ações clínicas, tecnologia de informação, organização territorial, financiamento, e participação social, em contraponto à fragmentação de um sistema de saúde historicamente construído.⁹

Mendes (2011)⁹ recupera ainda, o relatório de Dawson de 1964, que já propunha a integração da prevenção e do tratamento, do papel da APS e da reorganização

de um sistema, com diálogo permanente e contínuo entre os diversos pontos de atenção, logo, a conformação de uma Rede de Saúde.

Neste pano de fundo histórico, Mendes (2011)⁹ aponta a necessidade da descentralização da RAS organizando-se em rede com diversos serviços, de variadas complexidades e densidades tecnológicas, a serem distribuídos considerando as necessidades e especificidades regionais, garantindo acesso de forma longitudinal. Apresenta como ferramentas para a efetividade das RAS, os seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção, bem como a conceituação de Governança na Rede como dispositivo importante para a organização e para as relações que se estabelecem entre os atores envolvidos na oferta de cuidado na rede.

Desta forma, são apresentados como elementos fundamentais da RAS: uma população, uma estrutura operacional composta por profissionais e um modelo de atenção à saúde monitorado e avaliado pelos gestores. Esses últimos, utilizando-se de instrumentos de gestão e de parâmetros assistenciais, no caso específico deste estudo como a portaria nº1.631 de 2015, assumindo seu papel nos campos decisórios do SUS.^{8,9}

Ainda, emprega-se neste estudo, como aprofundamento da temática, o referencial teórico de Malta e Merhy (2003)²⁷, que trabalha a temática das linhas de cuidado com ênfase nas DNCT, na perspectiva do conceito de rede, tendo em vista que a rede se faz por meio da micro e da macropolítica, envolvendo todos os atores do processo: gestores, profissionais e usuários, como corresponsáveis no ato de produzir saúde, contribuindo para o atual conceito de Redes Vivas.^{1,27}

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar o processo de organização de serviços, oferta, demanda e necessidade de ações de saúde na rede de cuidado cardiovascular.

2.2. Objetivos específicos

Estimar as necessidades de ações e serviços de média complexidade à saúde cardiovascular;

Identificar a oferta e pactuação de serviços de consultas de média complexidade na atenção à saúde cardiovascular;

Identificar a demanda reprimida para os serviços de saúde em média complexidade na atenção à saúde cardiovascular;

Comparar a oferta, pactuação e demanda reprimida para os serviços de média complexidade à saúde cardiovascular;

Identificar as ações de atenção primária desenvolvidas nos municípios de uma região de saúde relacionadas às doenças cardiovasculares;

Analisar os indicadores da pactuação anual interfederativa e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção primária relacionados com a atenção à saúde cardiovascular.

Identificar a percepção dos gestores a respeito da demanda e da oferta de serviços e se sua percepção sobre a rede de saúde em nível local e regional.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem mista. A pesquisa avaliativa visa analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de “adequação” entre os diferentes componentes de uma intervenção. Tem por objetivo, analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola.^{28,29}

Assim, o método misto de pesquisa permite uma compreensão mais ampliada do objeto da investigação na medida em que emprega as abordagens quantitativa e qualitativa de modo complementar.²⁹

3.2. Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido na Região de Saúde (RS) de São José do Rio Preto, que está inserida no Departamento Regional de Saúde (DRS) XV – São José do Rio Preto. Esta RS é composta por 20 municípios, abrangendo uma população total de aproximadamente, 649.787 habitantes (Quadro 1)

Quadro 1. Composição da Região da CIR Rio Preto segundo municípios e população estimada, DRS XV-SP, 2018.

	Região de Saúde	Município	Pop. IBGE (est)
			2018
DRS XVIII São José do Rio Preto (1.579.715 habitantes)	CIR RIO PRETO	Bady Bassitt	14.603
		Bálsamo	8.160
		Cedral	7.972
		Guapiaçu	17.869
		Ibirá	10.896
		Icém	7.462
		Ipiguá	4.463

Mirassol	53.792
Mirassolândia	4.295
Neves Paulista	8.772
Nova Aliança	5.891
Nova Granada	19.180
Onda Verde	3.884
Orindiúva	5.675
Palestina	11.051
Paulo de Faria	8.589
Potirendaba	15.449
São José Do Rio Preto	408.258
Tanabi	24.055
Uchoa	9.471

Total	649.787
--------------	----------------

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2018/ IBGE, 2010.

3.3. Participantes da Pesquisa

Os participantes desta pesquisa foram: gestores, que estavam em atuação na gestão do SUS em Municípios da Região de Saúde (RS) de Rio Preto, com n=20 gestores.

Como critério de inclusão foi estabelecido para os gestores a atuação nos municípios da RS há pelo menos um ano e a designação de seu representante oficial no Colegiado Intergestores Regional (CIR) para ser entrevistado desde que estivesse no cargo há pelo menos 01 ano. Os critérios de exclusão foram a não aceitação para participação da pesquisa e tempo de gestão inferior a 01 ano, desta forma, o número de gestores que estava há mais de 01 ano na gestão era de 10 gestores (n=10).

Para identificação da oferta, demanda, pactuação e necessidades foram utilizados dados fornecidos pelos gestores, indicadores do DATASUS e a portaria nº1.631 de outubro de 2015.

3.4. Coleta de dados

Foi realizado a partir dos parâmetros da portaria GM/MS nº1.631 de 02 de outubro de 2015, o levantamento da necessidade de oferta de serviços de média e alta complexidade relacionados à Rede Cardiovascular. Sequencialmente foram coletados dados por meio de análise documental e a partir dos sistemas de informação disponíveis sobre as pactuações e oferta de serviços de saúde (consultas e exames) no âmbito da Média Complexidade, bem como por solicitação da Programação Pactuada Integrada (PPI) junto ao DRS XV e/ou Secretaria de Estado da Saúde.

Para os dados primários, foram entrevistados dez (10) gestores, sendo a entrevista gravada e posteriormente transcrita para as questões abertas, com agrupamento das falas em núcleos de sentido e grandes temas. O projeto de pesquisa foi apresentado em reunião de CIR para aprovação e para ciência dos gestores a respeito dos contatos para agendamento prévio das entrevistas. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados (Apêndice A) que aborda os aspectos de conhecimento considerados relevantes sobre a demanda de ações e serviços relacionados à Rede Cardiovascular e sobre as ações realizadas preventivamente no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

Os dados secundários de demanda reprimida de ações e serviços relacionados à Rede Cardiovascular, foi levantado por meio do gestor e equipe de Regulação dos Municípios.

Os dados secundários de indicadores de desempenho no PMAQ e dos indicadores da Pactuação Interfederativa dos indicadores foram obtidos por meio dos sistemas de informação do MS e Secretaria Estadual de Saúde.

Os dados primários e secundários foram coletados em 2018, tendo este como ano-base para análise dos indicadores e dados da RCV, sendo coletados pela pesquisadora.

3.5. Análise de dados

Para a análise dos dados quantitativos foi empregada a estatística descritiva (incluindo frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e de dispersão)

enquanto que para os dados qualitativos obtidos através das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (dimensão temática) proposta por Bardin (2006)³⁰ e Minayo (2007)³¹.

Para se ampliar a compreensão do objeto do estudo realizou-se o cotejamento dos resultados das análises quantitativa e qualitativa, considerando o referencial teórico de redes e regionalização, proposto por Mendes (2011-2015)⁹.

4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução 466/2012 e Capítulo IV da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAEE: 66699317.7.0000.5414). A autorização para a realização do estudo foi obtida por meio do envio de carta à Direção do Departamento Regional de Saúde - DRS XV. A cada um dos participantes do estudo foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido.

5. RESULTADOS

5.1. Artigo I

Artigo submetido à Revista Physis, versão online, intitulado: A influência da governança na organização da rede de atenção à saúde cardiovascular: um estudo transversal, 2020

Resumo

O objetivo foi analisar a Rede de Cuidados Cardiovasculares na perspectiva de uma ação de saúde específica (consulta médica especializada) e da governança regional, em uma Região de Saúde. É um estudo transversal e quantitativo, a partir da atenção de média complexidade, utilizando-se das consultas médicas especializadas (cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia) para se avaliar à luz do conceito de governança, aspectos da organização da rede de cuidados cardiovasculares. Os parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde, foram cotejados com dados secundários da programação pactuada e integrada vigente e de demanda reprimida. Neste estudo, pôde-se observar um dissenso entre a necessidade assistencial estimada pelos parâmetros ministeriais e a pactuação da oferta da consulta médica especializada, elementos que compõem a rede de cuidados cardiovasculares, relacionados diretamente à governança regional, 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 assistencial, produzindo demanda reprimida. Concluiu-se que a fragilidade técnica e política das gestões municipais e estaduais, no que tange às discussões e revisões das pactuações, colocam em foco a importância da governança das Redes, como elemento estratégico para a sua estruturação, análise de suficiência e operacionalização.

Palavras-chave: Regionalização; Governança; Rede de Cuidado Continuado à Saúde, Doença Crônica; Doenças Cardiovasculares.

Abstract

The objective was to analyze the Cardiovascular Care Network from the perspective of a specific health action (specialized medical consultation) and of the regional governance in a Health Region. It is a cross-sectional and quantitative study, based on medium complexity care, using specialized medical consultations (cardiology, vascular surgery, and nephrology) to assess in the light of the concept of governance, aspects of the organization of the cardiovascular care network. The assistance parameters of the Ministry of Health were compared with secondary data of the current and integrated programming agreed and the pent-up demand. In this study, it was possible to observe a dissent between the assistance need to be estimated by the ministerial parameters and the

agreement on the offer of specialized medical consultation, elements that make up the cardiovascular care network, directly related to regional governance, 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 assistance, producing pent-up demand. It was concluded that the technical and political fragility of the municipal and state administrations regarding the discussions and revisions of the agreements focus on the importance of the governance of the Health Care Network, as a strategic element for its structuring, analysis of sufficiency and operationalization.

Key words: Regional Health Planning; Governance; Delivery of Health Care; Chronic Disease; Cardiovascular Diseases

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) percorreu um caminho histórico, técnico e político exitoso, mas grandes desafios se seguem até hoje, 28 anos depois de sua efetivação legal.

No SUS, os princípios organizativos da descentralização e regionalização são considerados estratégicos (MENDES, 2015, p.424-425; REIS; SÓTER; FURTADO; PEREIRA, 2017, p.1046). Nessa lógica, a proposta de radicalização da descentralização, a partir do Pacto de Gestão, em 2006, considerou como primordial a análise da dimensão continental do Brasil e das especificidades regionais e locais, para a fundamentação do planejamento e da organização da rede de saúde. Ademais, valorizou-se o exercício da governança, nos espaços políticos e decisórios da gestão, tais como a Comissão Intergestora Regional (CIR) e os Conselhos de Secretários de Saúde, buscando-se integrar as esferas de governo e se garantir o direito constitucional à saúde (FERNANDES, 2017, p.1312; REIS et al, 2017, p.1390-1393).

Neste sentido, a regionalização, na dimensão da organização assistencial, moldou-se por meio 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 vista as capacidades instalada, técnica e financeira dos sistemas de saúde (FERNANDES, 2017, p.1312; REIS; SÓTER; FURTADO; PEREIRA, 2017, p.1390-1393).

No contexto assistencial, 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, no sistema de saúde. Essa situação repercute no dimensionamento e na organização da oferta dos serviços, em função das necessidades de saúde (MENDES, 2015, p.425-426; SILVA;CARVALHO; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2017, p.1110-1115).

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. Nesta direção, 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 visando organizar o atendimento em rede para essas doenças (SANTOS, 2015, p.2; MALTA, 2016, p. 374-376; BRASIL, 2013, p.12-15).

A rede de saúde que envolve os cuidados às doenças cardiovasculares é a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC), prioritária para o SUS, e 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) (MALTA; OLIVEIRA; SANTOS; ANDRADE; SILVA, 2016, p.374-376; BRASIL, 2013, p.14-16.)

Sob a ótica dos cuidados cardiovasculares pode-se destacar a Linha de Cuidados de Hipertensão e Diabetes estreitamente relacionada à redução das complicações e internações por causas sensíveis à Atenção Básica. Na média complexidade, é essencial 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. Consequentemente, o acesso à oferta de cada ação e/ou serviço de saúde voltados ao eixo das doenças renocardiovasculares interfere diretamente no percurso do indivíduo na rede de cuidado cardiovascular (RCC), no tocante à obtenção, à integralidade e à continuidade do cuidado (BRASIL, 2013, p.14-16;22-23).

Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar a Rede de Cuidado Cardiovascular na perspectiva de uma ação de saúde específica e da governança regional.

Método

Este é um estudo transversal e quantitativo que utilizou uma fonte secundária de dados. 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 Região de Saúde (RS) de São José do Rio Preto, foco deste estudo, é composta por 20 municípios, abrangendo uma população de, aproximadamente, 704.170 habitantes (IBGE, 2017).

O recorte deste estudo se deu a partir da atenção de média complexidade, utilizando-se das consultas médicas especializadas para se avaliar aspectos da organização da RCC, na RS de São José do Rio Preto. Para traçar o histórico da necessidade assistencial e das pactuações de consultas médicas relativas à RCC buscou-se parâmetros da portaria Ministerial nº1631/2015 (normativa mais atual para o cálculo de necessidade assistencial) e dados secundários da programação pactuada e integrada (PPI) vigente no DRS XV, respectivamente. A necessidade de consultas médicas especializadas foi calculada tendo como referência as populações dos municípios, de acordo com a estimativa do IBGE para 2017, disponível no DATASUS, e como base de cálculo o número de consultas/habitantes/mês por especialidade, conforme parametrizado pela referida portaria. 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. Posteriormente, procedeu-se a investigação sobre a presença de demanda reprimida dessas consultas, na RS estudada, em 2017. A coleta de dados foi realizada entre março de 2018 e outubro de 2019, por uma das pesquisadoras. Os dados referentes à PPI foram coletados do documento oficial, no setor de planejamento do DRS XV, e os dados sobre a demanda reprimida no setor de regulação, de cada município da RS. Após esses procedimentos, elaborou-se um banco de dados que foi armazenado em uma planilha eletrônica no software *Microsoft Office Excel* para análise. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas, relativas e média) à luz do conceito de governança. O estudo foi aprovado pelo CEP do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP (CAEE: 66699317.7.0000.5414).

Resultados

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 um 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 habitantes.

Observou-se um dissenso entre o número estimado de consultas médicas especializadas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia e a pactuação de suas ofertas (PPI), para os municípios da RS estudada. Essa divergência foi ratificada pela presença de demanda reprimida para essas consultas, nos municípios, conforme apresentado nas Tabelas 1, 2 e 3.

Pode-se observar na Tabela 1 que, a oferta de consultas médicas em cardiologia, conforme pactuação pela PPI, foi 35% menor do que necessidade indicada pelos parâmetros assistenciais de 2015. Além disso, notou-se que a média do déficit da demanda reprimida para essa especialidade em relação à oferta foi de 163%.

Tabela 1. Necessidade, oferta pactuada e demanda reprimida de consultas médicas de cardiologia, na Rede de Cuidados Cardiovasculares, Região de Saúde de São José do Rio Preto, SP, 2017.

Municípios da RS de São José do Rio Preto	Consultas Médicas Mensais de Cardiologia			Análise	
	Nº estimado*	Nº pactuado* *	Nº reprimido ***	Déficit da pactuação/ necessidade estimada (%)	Déficit da demanda reprimida/ pactuação (%)
Bady Bassitt	83	29	7	35	24
Bálsamo	44	14	32	32	229
Cedral	44	3	0	7	0
Guapiaçu	102	30	11	29	37
Ibirá	60	48	7	80	15
Icém	40	13	11	33	85
Ipiguá	26	6	9	23	150
Mirassol	292	186	3	64	2

Mirassolândia	24	2	43	8	2150
Neves Paulista	45	22	13	49	59
Nova Aliança	33	9	8	27	89
Nova Granada	104	17	10	16	59
Onda Verde	21	14	0	67	0
Orindiúva	33	1	0	3	0
Palestina	62	4	6	6	150
Paulo de Faria	45	50	21	111	42
Potirendaba	84	21	14	25	67
São José do Rio Preto	2233	200	0	9	0
Tanabi	128	41	8	32	20
Uchoa	50	5	4	10	80
TOTAL	3553	715	207	33	163

*Portaria nº1631/2015; **PPI: 2010; *** média mensal/2017

Fonte: Elaborado pelas autoras

Na tabela 2, verifica-se que 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.

Tabela 2. Necessidade, oferta pactuada e demanda reprimida de consultas médicas de cirurgia vascular, na Rede de Cuidados Cardiovasculares, Região de Saúde de São José do Rio Preto, SP, 2017.

Municípios da RS de São José do Rio Preto	Consultas Médicas Mensais de			Análise	
	Cirurgia Vascular			Déficit da pactuação/ necessidade estimada	Déficit da demandas reprimida/ pactuação
	Nº estima do*	Nº pactuado**	Nº reprimido***		

				(%)	(%)
Bady Bassitt	24	16	20	67%	125%
Bálsamo	13	8	65	62%	813%
Cedral	13	3	31	23%	1033%
Guapiaçu	29	17	27	59%	159%
Ibirá	17	7	15	41%	214%
Icém	11	7	16	64%	229%
Ipiguá	7	4	2	57%	50%
Mirassol	83	69	4	83%	6%
Mirassolândia	7	6	45	86%	750%
Neves Paulista	13	18	22	138%	122%
Nova Aliança	9	10	17	111%	170%
Nova Granada	30	20	15	67%	75%
Onda Verde	6	7	5	117%	71%
Orindiúva	9	5	18	56%	360%
Palestina	18	9	48	50%	533%
Paulo de Faria	13	16	16	123%	100%
Potirendaba	24	15	21	63%	140%
São José do Rio Preto	633	123		19%	0%
Tanabi	53	21	93	40%	443%
Uchoa	14	9	0	64%	0%
TOTAL	1026	390	480	69%	270%

*Portaria nº1631/2015; **PPI: 2010; *** média mensal/2017

Fonte: Elaborado pelas autoras

Tabela 3. Necessidade, oferta pactuada e demanda reprimida de consultas médicas de cardiologia, na Rede de Cuidados Cardiovasculares, Região de Saúde de São José do Rio Preto, SP, 2017.

Municípios da RS de São José do Rio Preto	Consultas Médicas Mensais de Nefrologia			Análise	
	Nº estima do*	Nº pactuado**	Nº reprimido***	Déficit da pactuação/ necessidade estimada (%)	Déficit da demanda reprimida/ pactuação (%)
Bady Bassitt	22	12	13	55%	108%
Bálsamo	12	6	6	50%	100%
Cedral	12	5	10	42%	200%
Guapiaçu	27	23	7	85%	30%
Ibirá	16	3	3	19%	100%
Icém	11	5	1	45%	20%
Ipiguá	7	2	1	29%	50%
Mirassol	78	42	491	54%	1169%
Mirassolândia	6	4	8	67%	200%
Neves Paulista	12	13	4	108%	31%
Nova Aliança	9	4	6	44%	150%
Nova Granada	28	13	5	46%	38%
Onda Verde	9	3	1	33%	33%
Orindiúva	9	3	1	33%	33%
Palestina	17	7	6	41%	86%
Paulo de Faria	12	12	1	100%	8%
Potirendaba	22	15	7	68%	47%

São José do Rio Preto	596	113		19%	0%
Tanabi	34	18	38	53%	211%
Uchoa	13	4	42	31%	1050%
TOTAL	952	307	651	51%	183%

*Portaria nº1631/2015; **PPI: 2010; *** média mensal/2017

Fonte: Elaborado pelas autoras

Assinala-se que na especialidade de cardiologia, alguns municípios possuíam o especialista atuando em sua rede local de saúde, o que pode ter gerado a maior discrepância de oferta de consultas de cardiologia entre os municípios da região (variando de 0 a 2150%) diferentemente dos resultados encontrados nas demais especialidades. Cabe ressaltar que o município de São José do Rio Preto não apresentou demanda reprimida, pois contava com um centro próprio de especialidades ambulatoriais de média complexidade, pactuando na PPI, apenas ações de saúde de alta complexidade para a sua população, além de ser o município referência regional para a realização das consultas médicas especializadas analisadas neste estudo.

Discussão

A despeito da descentralização e da regionalização serem princípios organizacionais basilares do SUS, operá-los na prática diária envolve diversos desafios, visto que o processo de consolidação da política pública de saúde é dinâmico e contínuo. Nessa conjuntura, a organização das redes de atenção à saúde (RAS) precisa ser debatida, continuamente, pelos gestores, nas três esferas de governo. No entanto, o estado possui um relevante papel indutor, por meio da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), e regionalmente, da CIR para que o planejamento e a programação assistencial ocorram de forma ascendente e integrada, ampliando o acesso, reduzindo as demandas reprimidas e acenando para o real atendimento das necessidades de saúde (MENDES, 2011, p. 71-78; GODOI; ANDRADE; MELLO, 2017, p. 2;6).

Na RS de São José do Rio Preto, o estado organizou a rede de serviços de média complexidade, tendo como principal prestador o ambulatório do Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto. Em 2009, foi inaugurado o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de São José do Rio Preto, resultando em ampliação de serviços,

incluindo a oferta de consultas médicas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia. Em decorrência deste fato, em 2010, houve a repactuação da PPI, referência mais atual para este estudo. A partir de 2010 até ao período analisado, observou-se a ausência de revisão sistemática da PPI, na RS de São José do Rio Preto. Essa situação remete ao conceito de governança da RAS, que contempla relações colaborativas entre os atores responsáveis pela gestão do SUS. Do ponto de vista conceitual, a governança é compreendida em três dimensões: institucional, gerencial e de financiamento. A institucional é representada por instâncias gestoras e suas relações interfederativas; a gerencial, pela estruturação dos grupos condutores das redes temáticas, considerando as realidades do território regional, por meio de diagnóstico e delineamento de prioridades; e a de financiamento, trata do orçamento e da alocação de recursos financeiros, em cada serviço de atenção à saúde (NOBREGA; SOUZA; SANTOS; SILVA; COLLET, 2018, p.3259-3262; BRASIL, 2013, p.10). A governança vigorosa, no caso da PPI, implica em sua elaboração e monitoramento, partindo-se das reais necessidades assistenciais e de objetivos comuns ao coletivo da gestão regional, por meio de negociação e consensos.

A ausência de revisão da PPI e, por conseguinte, das consultas especializadas relacionadas à RCC, nos espaços de negociação da RS São José do Rio Preto, é provável indicativo de fragilidade da governança institucional. Além disso, a dimensão gerencial também pode não ter se desenvolvido a contento, à medida em que a necessidade e a oferta dessas ações de saúde não se conectaram, com desconsideração do diagnóstico do território regional e produção de demanda reprimida (NOBREGA; SOUZA; SANTOS; SILVA; COLLET, 2018, p.3258-3265).

Assim, é importante ressaltar que o alcance da continuidade do cuidado, da integralidade e da resolutividade da atenção implica no exercício contundente da governança, para a existência de uma rede integrada de serviços de saúde, que garanta acesso a todos os pontos de atenção mas, principalmente, à AB e à média complexidade, o que repercute diretamente no desempenho do sistema de serviços de saúde (SILVA et al., 2019, p.2; ROESE; GERHARDT; MIRANDA, 2015, p.936).

Ainda sob a ótica da continuidade do cuidado, tendo em vista o índice de envelhecimento populacional, estudo realizado em Goiás, confirmou que as altas taxas de internação por doenças cardiovasculares, reforçam a importância das doenças crônicas não-transmissíveis, no cenário atual do país, sendo primordiais as ações da AB e da atenção de média complexidade (SILVA et al., 2019, p.4-6).

Em estudo realizado sobre a rede de pessoas com doenças crônicas, focando crianças e adolescentes, constatou-se que a oferta de serviços de AB e especializados não se compatibilizaram com a demanda real, indicando inconstância na governança gerencial (NOBREGA; SOUZA; SANTOS; SILVA; COLLET, 2015,p.3258-3260).

O porte populacional dos municípios da RS estudada, que possuía 90% dos municípios classificados como de pequeno porte, segundo Calvo (2016) também pode caracterizar instabilidade regional em relação à governança, 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 no tocante à atenção de média e alta complexidade (CALVO et al., 2016, p.771). Essa singularidade da região estudada, pode ser identificada como uma dificuldade a ser transposta pela governança regional, dada a diversidade e heterogeneidade dos municípios, a desigualdade de acesso, a oferta incipiente de serviços de média complexidade e a instabilidade das relações intergestoras, condições que repercutem diretamente na organização das redes regionais de saúde (NASCIMENTO, 2015, p.76-78; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016, p.1523).

No âmbito das doenças cardiovasculares e da RCC, um marco importante, foi o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que elencou quatro principais grupos de doenças crônicas. O grupo das doenças cardiovasculares foi classificado como primeiro a ser enfrentado, por sua importância epidemiológica, definindo-se ações em três eixos estratégicos: I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde; e III. Cuidado Integral. Assim, ao se analisar um recorte da RCC - as consultas médicas de média complexidade em uma RS - vem à tona a discussão de quanto os espaços de pactuação influenciam diretamente nos eixos do programa de enfrentamento das DCV, principalmente, no campo da macropolítica (MALTA; OLIVEIRA; SANTOS; ANDRADE; SILVA, 2016, p. 376-383). Decerto, a efetiva governança da RAS prevê o protagonismo dos atores na macro e micropolítica locorregionais.

Segundo pesquisa relacionada a esse tema, com a criação de uma RAS, no caso a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), os deslocamentos de poder e a capacidade de repactuação dos atores envolvidos na gestão e nas instituições de saúde são fundamentais para que ocorra a interlocução nos pontos da rede. Essa interlocução viabiliza a construção de novas relações de poder nos colegiados regionais, espaços onde

se discute a macropolítica de saúde e suas implicações na micropolítica (PADILHA; AMARAL; OLIVEIRA; CAMPOS, 2018, p.588-590).

Alguns estudos ainda, 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. Observou-se por meio de pesquisa que o crescimento da demanda (decorrente do incremento da atuação da AB), o aumento da expectativa de vida e a alta prevalência das DCNT, principalmente, nos municípios de pequeno porte, distantes dos maiores centros urbanos, aumentaram o tempo de espera e a insuficiência de serviços nas consultas médicas especializadas, particularmente, quando as pactuações assistenciais não foram revisadas periodicamente (LEAL; BITTENCOURT; TORRES; NIQUINI; SOUZA JUNIOR, 2017, p.6-8; MACHADO et al., 2014, p.644-647).

Já estudo realizado no Canadá (2010) sobre o acesso à atenção especializada indicou um tempo médio de espera aceitável de três meses, não obstante o aumento do absenteísmo em decorrência dessa demora (PATERSON; BARKUN; LEDDIN; PARÉ; PETRUNIA, 2010,p.29-30).

Neste estudo, pode-se observar que ao se ofertar a média 33%, 69% e 51% da necessidade estimada das consultas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia, respectivamente, na RCC, e com a demanda reprimida de 163%, 270% e 183% em relação à oferta de consultas, nessas especialidades, na mesma ordem, criou-se uma limitação de acesso pelo tempo de espera longo às consultas, repercutindo na condição de saúde da população e na suficiência da rede.

Deste modo, a análise do quantitativo estimado de consulta médica especializada para a RCC e da demanda reprimida média para essas consultas, em 2017, na RS estudada, apontou que ao longo dos anos, a programação e a pactuação dessa ação de saúde estiveram desconectadas da necessidade assistencial, provocando o represamento e a demora no agendamento de consultas. Essa constatação é preocupante porque evidências acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, apontaram 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 (SANTOS et al., 2016, p.12-14; FELISBINO-MENDES; JANSEN; GOMES; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2014, p.1184-1187).

Vale notar que em decorrência da regionalização, o município de São José do Rio Preto caracterizou-se por ser um polo assistencial diferenciado, 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 regional. Entretanto, apesar de o município de São José do Rio Preto apresentar padrão assistencial diferenciado, a seleção desta RS para o estudo, considerou a necessidade de ampliação do debate acerca da governança, no contexto regional, uma vez que essa RS tem a maioria dos municípios de pequeno porte, distintamente organizados de seu município-polo.

Outrossim, segundo SILVA & GOMES (2014) 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 de saúde, 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 (SILVA; GOMES, 2014, p. 1389-1393; VIANNA; LIMA, 2013, p.1033-1038). Essas 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 outras investigações sobre essa temática foi enfatizado o papel do estado no direcionamento das ações e das pactuações das RAS, de forma a conduzir a organização harmônica dos diversos pontos da rede, produzindo melhor equacionamento da oferta de ações de média complexidade e o uso eficiente de recursos. Desta forma, pela análise da RCC da RS de São José do Rio Preto foi possível confirmar o gargalo existente na oferta de consulta em suas principais especialidades médicas, que se mostrou aquém das necessidades da região (VIANNA; LIMA, 2013, p.1033-1038; CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014, p.58-61).

Da mesma forma, 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 de demandas de saúde da população e alocação de recursos físicos e financeiros, na programação assistencial. Para mais, nas reuniões de CIR em Vitória da Conquista, a PPI foi citada frequentemente, no que concerne à insuficiência da oferta de serviços ambulatoriais especializados, compelindo a compra de consultas médicas pelos municípios, que não tiveram as suas necessidades assistenciais atendidas no cenário

regional (SILVEIRA FILHO; DOS SANTOS; CARVALHO; DE ALMEIDA, 2016, p.860-872; VIANNA; LIMA, 2013, p.1044-1045).

A RS de São José do Rio Preto, corrobora com esse estudo 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, ao se comparar o parâmetro indicativo da necessidade de uma ação de saúde com a pactuação de sua oferta e a 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 (SILVA; CARVALHO; CORDONI JÚNIOR; NUNES, 2017, p.1115-1118; SANTOS et al., 2016, p.12-14). Na RS de São José do Rio Preto percebe-se o quanto os limites relativos à falta de periodicidade de revisão da PPI (atualmente em discussão na CIR) e, consequentemente, a oferta insatisfatória da ação de saúde analisada, ao longo dos anos, podem ter gerado dificuldades no acesso. Essa realidade expõe a fragmentação da rede à medida em que a relação entre os serviços e o percurso do usuário produz um longo tempo de espera para se alcançar o cuidado (BRASIL, 2011, p. 11-14). Destarte, 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 próprio município. Ademais, os municípios parecem estar “pressionados” pelo estado quanto à responsabilidade cada vez mais ampliada de oferta de serviços, embora discussões aprofundadas sobre essa questão ainda sejam incipientes no âmbito da gestão regional (REIS; SOTER; FURTADO; PEREIRA, 2017, p.1050-1053; GODOI; ANDRADE; MELLO, 2017, p.8; BRASIL, 2011, p.24-29; SOLA, 2006, p.333-337).

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 não estiver assentada em um modelo de atenção abrangente e na perspectiva do funcionamento efetivo da rede de saúde. Logo, ela deve ser fundamentada na necessidade assistencial, revisada periodicamente e monitorada continuamente pela CIR, para identificar os nós críticos relacionados ao acesso aos serviços de saúde em cada ponto da rede. Essa concepção ratifica os achados de estudo que investigou o percurso do idoso, na busca por atenção. 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 elemento chave na promoção do diálogo entre os pontos de atenção da rede (SANTOS; GIOVANELLA, 2016, p.46-48;54-56; SANTOS; CAMPOS, 2015, p.440-443).

Outro aspecto importante, é que na RS do estudo, a fragilidade percebida na governança gerencial, no que tange à elaboração e revisão da PPI, traz à tona a necessidade do protagonismo dos gestores municipais nessas discussões, principalmente, dos secretários de saúde dos 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 na realidade política locorregional, confirmando a necessidade de que estes espaços colegiados sejam efetivamente fóruns técnicos e políticos compartilhados e solidários, para a melhor organização das redes regionais de saúde. 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 (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014, p. 62-65; VIANNA; LIMA, 2013, p.1040-1043; SILVEIRA FILHO; DOS SANTOS; CARVALHO; DE ALMEIDA, 2016, p.862-865)

É fato que a RCC é estratégica para a atenção às DCNT, tendo em vista o aumento da prevalência dessas doenças no país. Desta forma, entende-se que a governança regional robusta seja imprescindível para se identificar a necessidade assistencial de saúde, programar a oferta de ações de saúde, bem como, realizar a sua pactuação e monitoramento, por meio de negociações gestoras intrarregionais, contínuas, consensuais e solidárias. A existência dessa condição é indispensável para a garantia do acesso, a eficiência no uso dos recursos e o atingimento da integralidade na RCC (LEAL; BITTENCOURT; TORRES; SOUZA JUNIOR, 2017, p.7-8; MENDES, 2011, p.28;71;218).

Considerações finais

Neste estudo, pôde-se observar um dissenso entre a necessidade assistencial estimada por parâmetros assistenciais e a pactuação da oferta de uma ação de saúde de média complexidade (a consulta médica especializada) que compõe a RCC, que pode ser resultante de uma debilidade na governança regional, 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 atualmente parametrizada pelo MS. Esse achado se contrapõe às 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 construir uma governança forte, capaz de elaborar programações e pactuações assistenciais consoantes às necessidades, ou minimamente, às demandas e de se realizar o monitoramento do processo de atenção, tendo como substrato o atendimento em rede.

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. Outra limitação diz respeito à utilização de fontes secundárias de dados, o que impede o controle dos dados coletados. Ainda, a falta de alguns dados referentes ao financiamento da ação de saúde estudada e a análise detalhada do crescimento da população de 30 anos e mais, que pode ser afetada pelas doenças cardiovasculares.

Contudo, acredita-se que os resultados do estudo colocam em foco a importância do desenvolvimento da governança para a qualificação da atenção, no contexto regional. A governança regional é um elemento estratégico para a estruturação, análise de suficiência, operacionalização e monitoramento das RAS, pois permite compreender as peculiaridades políticas, epidemiológicas, econômicas, culturais, entre outras, e os arranjos do setor saúde, suportando a tomada de decisão para minimizar as desigualdades de acesso, otimizar a utilização dos recursos e promover a integralidade da atenção.

Referências:

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf>. Acesso em: 09 de fev. de 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2014.

3. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p.
4. CALVO MCM, et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2016, vol.25, n.4, pp.767-776. ISSN 1679-4974. Doi:10.5123/s1679-49742016000400010.
5. CARNEIRO PS, FORSTER AC, FERREIRA JBB. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.100, pp.57-68. ISSN 0103-1104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140014>. Acesso em 11 de fev. de 2019.
6. FELISBINO-MENDES MS, JANSEN AK, GOMES CS, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(6):1183–94. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601183. Acesso em: 10 de fev. de 2019.
7. FERNANDES FMB. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1311-1320, 2017. doi: 10.1590/1413-81232017224.26412016
8. GODOI 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 Saúde Pública* [Internet].2017;33(9):1–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000905009. Acesso em: 09 de jul. de 2019.
9. 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* vol.51. São Paulo 2017 Epub Mar 02, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006391>. Acesso em 09 de jul. de 2019.
10. MACHADO CV, et al. Federalism and health policy: The intergovernmental committees in Brazil. *Rev. Saúde Pública* vol.48 no.4 São Paulo Aug. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005200>.
11. MALTA DC, OLIVEIRA TP, SANTOS MAS, ANDRADE SSCA, SILVA MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(2):373-390, abr-jun 2016. doi: 10.5123/S1679-49742016000200016.
12. MENDES A, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde soc.* [Internet]. 2015, vol.24, n.2, pp.423-437.; ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902015000200003. Acesso em: 06 de fev. de 2019
13. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6 2010. 549 p.
14. 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 em Sist Saúde* [Internet]. 2015;4(2):73–86. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/162/170>. Acesso em 11 de jul. de 2019.

15. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10):3257-3265, 2018. DOI: 0.1590/1413-812320182310.13942018.
16. 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* | Rio de Janeiro, V. 42, N. 118, P. 579-593, JUL-SET 2018.
17. PATERSON WG, BARKUN AN, MA WMH, LEDDIN DJ, PARÉ P, PETRUNIA DM. Wait times for gastroenterology consultation in Canada: The patients' perspective. *Can J Gastroenterol* Vol 24 No 1 January 2010:24(1).
18. PINAFO E, CARVALHO BR, NUNES EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1511-1524, 2016.
19. REIS AAC, SÓTER APM, FURTADO LAC, PEREIRA SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1045-1054, 2017. doi: 10.1590/1413-81232017224.26552016.
20. ROESE A, GERHARDT TE, MIRANDA AS. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde debate* [online]. 2015, vol.39, n.107, pp.935-947. ISSN 0103-1104. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070525>. Acesso em: 10 de jul. de 2019.
21. SANTOS AM, GIOVANELLA L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. [citado 2019 jul 8] 2016;32(3):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300708&lng=pt&tlng=pt. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>.
22. SANTOS CTBS, et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [1]: 45-62, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>. Acesso em: 10 de jul de 2019.
23. SANTOS L, CAMPOS GWS. SUS Brasil: A região de saúde como caminho. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Acesso em 10 de jul. de 2019.
24. SILVA CR, CARVALHO BG, CORDONI JÚNIOR L, NUNES E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Cien Saúde Colet* [Internet].; 2017;22(4):1109-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401109. Acesso em: 06 de jul. de 2019.
25. SILVA EC, GOMES MHA. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde soc.* [online]. 2014, vol.23, n.4, pp.1383-1396. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400021>. Acesso em 11 de jul. de 2019.
26. SILVA MVM, et al. Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 28(1):e2018110, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100018.

-
27. SILVEIRA FILHO RM, DOS SANTOS AM, CARVALHO JA, DE ALMEIDA PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2016;26(3):853–78.
 28. SOLA JJSP. Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto De Gestão”. *Rev. Baiana de Saúde Pub.* v.30 n.2, p.332-348; jul./dez. 2006.
 29. VIANNA RP, LIMA LD. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis* [online]. 2013, vol.23, n.4, pp.1025-1049. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400002>. Acesso em 11 de jul. de 2019.

5.2. Artigo II

Artigo a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública online, intitulado: Desafios na governança de uma Rede de Atenção Cardiovascular em uma Região de Saúde

Resumo

Este artigo teve como objetivo identificar a percepção dos gestores a respeito da organização da rede local de saúde, com ênfase na Atenção Primária em Saúde e da governança da Rede de Cuidados Cardiovasculares, relacionando-a com indicadores de saúde, em uma Região de Saúde, no estado de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo, com avaliação de indicadores quantitativos relacionados à Atenção Primária à Saúde e à Rede de Saúde regional assistência na Rede Cardiovascular e de entrevista com os gestores da Região de Saúde e análise de conteúdo, tendo por base os fundamentos do conceito de Governança. Dados secundários foram coletados dos sistemas de informação e as entrevistas foram realizadas por meio de instrumento elaborado pelos autores, adaptado do questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde. As entrevistas foram realizadas de julho a novembro de 2018 com 10 gestores, tendo como critério de inclusão gestores há mais de 01 ano na gestão municipal. A cobertura média de atenção primária na região de saúde foi de 87,76% e de 76,14% de Estratégia de Saúde da Família. Dos indicadores avaliados, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças do Aparelho Circulatório na RS foi de 77,03, abaixo da média estadual 89,98/1000.000 habitantes. Em relação ao indicador Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, 50% (10) dos municípios estavam acima da média da RS e a RS está acima da média estadual (199,98). Para as internações por causas sensíveis à Atenção Básica, a média da RS (15,93) foi maior que a estadual (14,99) e doenças relacionadas com rede de cuidados cardiovasculares como diabetes e hipertensão e suas complicações foram responsáveis pelas internações em 41% e 30% em seus grupos de causas, respectivamente. Em relação aos indicadores apresentados, 11 (55%) municípios apresentaram-se com desempenho pior em pelo menos 01 dos indicadores. A consolidação de uma Rede de Atenção à Saúde passa pela dimensão do cuidado, do acesso e do percurso do usuário nos serviços de saúde que a compõem. As fragilidades apontadas pelos gestores foram convergentes com os desafios atuais para a consolidação das RAS, destacando-se a pouca citação da governança colaborativa que aponta para o caminho de cooperação na construção da Rede, sem perder de vista os objetivos individuais e coletivos, incluindo a tomada de decisão e a negociação no território da região de saúde. Desta forma, a governança nas dimensões micro e macropolítica, constitui-se um processo contínuo e desafiador para a consolidação de uma rede de atenção à saúde.

Palavras-chave. Governança, Regionalização, Redes de Atenção à Saúde, Cuidado Cardiovascular.

Abstract

This article aimed to identify the perception of managers regarding the organization of the local health network, with an emphasis on Primary Health Care and the governance of the Cardiovascular Care Network, relating it to health indicators, in a Health Region, in the state of Sao Paulo. This is a descriptive study, evaluating quantitative indicators related to Primary Health Care and the regional Health Network, assistance in the Cardiovascular Network and interviews with managers in the Health Region and content analysis, based on the fundamentals of the Governance concept. Secondary data were collected from the information systems and the interviews were conducted using an instrument developed by the authors, adapted from the Health Care Networks Assessment questionnaire. The interviews were conducted from July to November 2018 with 10 managers, with the inclusion criterion of managers who have been in municipal management for more than 1 year. The average coverage of primary care in the health region was 87.76% and 76.14% for the Family Health Strategy. Among the indicators evaluated, the rate of premature mortality (30 to 69 years) due to Circulatory System Diseases in RS was 77.03, below the state average of 89.98 / 1000,000 inhabitants. Regarding the Mortality Rate from Diseases of the Circulatory System indicator, 50% (10) of the municipalities were above the RS average and RS is above the state average (199.98). For hospitalizations for causes sensitive to Primary Care, the RS average (15.93) was higher than the state (14.99) and diseases related to the cardiovascular care network such as diabetes and hypertension and its complications were responsible for hospitalizations in 41 % and 30% in their cause groups, respectively. Regarding the indicators presented, 11 (55%) municipalities had a worse performance in at least 01 of the indicators. The consolidation of a Health Care Network involves the dimension of care, access and the user's path in the health services that comprise it. The weaknesses pointed out by the managers were convergent with the current challenges for the consolidation of the RAS, highlighting the little mention of collaborative governance that points to the path of cooperation in the construction of the Network, without losing sight of the individual and collective objectives, including the decision-making and negotiation in the territory of the health region. Thus, governance in the micro and macro-political dimensions is a continuous and challenging process for the consolidation of a health care network.

Key words: Governance, Regionalization, Health Care Networks, Cardiovascular Care.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), resultado da transição epidemiológica e do cenário da “tripla carga de doenças”, são prioridade para a saúde pública no Brasil e no mundo. Essas doenças assumiram o topo das causas de mortalidade geral, por apresentarem muitas vezes, etiologia incerta, causas multifatoriais e diversos fatores de risco, somados à transição demográfica, com o envelhecimento da população¹.

Sob o pano de fundo das DCNT, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) ou as doenças cardiovasculares (DCV) que têm impacto significativo nos óbitos e nas taxas de morbidade hospitalar. Em 2018, no Brasil, 27% dos óbitos (DATASUS, 2020) foram por este grupo de doenças ².

Uma vez que a prevalência de doenças como hipertensão e diabetes, e outros eventos como tabagismo, sobrepeso e obesidade, fatores de risco para a DCNT, têm aumentado, o estudo sobre estas condições tem sido ampliado, no sentido de se identificar as necessidades para se organizar os serviços de saúde em rede, visando ao atendimento oportuno e resolutivo dessas demandas^{1,2}.

Neste cenário, o decreto nº7.508/2011 definiu espaços para pactuação e organização do atendimento em saúde, a região de saúde (RS), proposta como espaço-fim de organização, planejamento, implementação e oferta de ações e serviços de saúde, na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), observando os princípios e diretrizes do SUS, sobretudo a integralidade e a regionalização ^{3,4}. Essa normativa definiu claramente temas fundamentais como a articulação interfederativa, o papel das Comissões Intergetoras Regionais (CIR) e o Contrato Organizativo de Ação Pública para a elaboração das RAS, no contexto da regionalização, mais especificamente no território da Região de Saúde (RS) ^{3,5}.

Destaca-se que o processo de construção das RAS contempla a ideia ampliada de modelo de atenção à saúde, modelo de gestão, planejamento, ênfase no cuidado, conhecimento e ações clínicas, tecnologia de informação, organização territorial, financiamento e participação social. Ainda, enfatiza a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado e sua relação intrínseca com os demais serviços, em contraponto à fragmentação, historicamente construída, do sistema de saúde^{4,6}.

Assim, no contexto da regionalização e da implementação das RAS, as relações intergovernamentais abrem espaço ao conceito de governança, que transpõe os conceitos de governabilidade e governo^{3,7}. A governança na rede, implica em relações colaborativas entre os diversos atores que compõem o SUS, incluindo o usuário, promovendo um processo de ação coletiva que permeia a tomada de decisões. Compreendida nas dimensões institucional, gerencial e de financiamento, passa por estrutura, processo e resultado⁸ em suas nuances, com destaques às relações interfederativas, às redes temáticas baseadas no território vivo - a região de saúde - ao orçamento e alocação de recursos em seus componentes, respectivamente^{3,7,9,10}.

Apesar do acúmulo histórico e conceitual disponível para a construção das RAS, ao se pensar a governança como recurso para a tomada de decisão, nota-se dificuldades ainda não superadas em todas as suas dimensões. Percebe-se níveis de autonomia diferenciados entre os atores, impactando na consolidação das RAS, obstáculos na transposição das diretrizes de organização do sistema, no território vivo da RS (governança gerencial), as questões de financiamento que envolvem os recursos insuficientes e a ineficiência em suas aplicações. Tais condições impactam os processos de negociação nos espaços colegiados, pelos diversos interesses em jogo, indicando a

necessidade de uma integração solidária para que se alcance a governança colaborativa^{5,7,9,10}.

Ao se constituir uma RAS, considerando a arena em disputa, torna-se imperativo o equilíbrio entre a interdependência federativa e a autonomia dos atores que constituem estes espaços de pactuação e deliberação. Reconhece-se a ampla diversidade na modelagem da regionalização, em uma mesma RS, resultante de múltiplos fatores, como a fragilidade dos instrumentos de gestão, a pouca vivência de gestores da saúde na execução da política pública de saúde, a dificuldade de regulação dos serviços contratualizados para atender às necessidades da RS e o frágil processo de planejamento e apoio estadual às CIR^{7,10,11}. Essas condições provocam um ambiente de tensão constante, afastando-se da almejada ação regional viva e cooperativa.

O gestor municipal assume então papel central na medida em que dispõe da recomendação de organizar a rede local de saúde, com foco na estruturação e fortalecimento da APS, buscando uma construção que articule os interesses coletivos, exercite os direitos e deveres dos atores e lide com suas diferenças de forma colaborativa, nos espaços colegiados de gestão das RAS, no sentido de favorecer a governança regional em todas as suas dimensões, a partir da micro e da macropolítica⁴.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos gestores a respeito da organização da rede locorregional de saúde, com ênfase na APS e em sua interface com a Rede de Cuidados Cardiovasculares, na perspectiva da governança.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva com um desenho observacional transversal com abordagens quantitativa e qualitativa complementares, com o pano de

fundo de uma questão ou assunto complexo, mediando a construção de resultados ampliados¹²⁻¹⁴.

A RS de São José do Rio Preto-SP, foco deste estudo, pertence ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XV de São José do Rio Preto (SJRP) e é composta por 20 municípios, abrangendo uma população de, aproximadamente, 649.787 habitantes (IBGE, 2018).

Para contextualizar a percepção dos gestores acerca da organização da rede de saúde locorregional buscou-se dados quantitativos de fontes secundárias que caracterizassem a atuação da APS no manejo das DCNT (especialmente as DCV), a orientação preferencial no SUS para a APS ser organizada no modelo da ESF, a importância da avaliação em saúde para a gestão e a análise de indicadores de saúde pertinentes ao monitoramento das DCNT. Para tanto foram selecionados indicadores do ano de 2018 relacionados: à organização da APS (cobertura de APS e de ESF nos municípios e na RS, segundo os dados do Portal da Secretaria de Atenção Primária em Saúde do Ministério da Saúde- MS); à avaliação da qualidade da assistência na APS (dados do 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) - MS, extraindo-se informações acerca da adesão ao Programa e da certificação das equipes de ESF da RS de SJRP quanto aos seus padrões de desempenhos (ruim ou desclassificado, regular, bom, muito bom e ótimo); indicadores de saúde relativos às DCNT e DCV: a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT/100.000 hab., a taxa de mortalidade geral pelas Doenças do Aparelho Circulatório (capítulo IX da CID 10) e o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) detalhado por causas relacionadas às DCV, segundo a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária, retirados do Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH/SUS). A referência para os dados populacionais foi o IBGE.

Os dados primários qualitativos foram colhidos por meio de entrevista com os gestores dos municípios da RS investigada. O instrumento elaborado pelos autores foi adaptado do questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde⁴, baseado nas diretrizes e eixos da RCC e nas estruturas e elementos componentes de uma RAS⁴, sendo a entrevista gravada e transcrita na íntegra. As entrevistas foram realizadas de julho a novembro de 2018, com 10 gestores, sendo critério de inclusão os participantes terem mais de um ano na gestão municipal. Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise temática proposta por Bardin¹³.

Para a compreensão mais abrangente do objeto investigado o conjunto dos dados quantitativos e qualitativos foi analisado de forma complementar, à luz do referencial teórico sobre RAS e do conceito de governança⁴.

O estudo foi aprovado pelo CEP do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP (CAEE: 66699317.7.0000.5414) e os gestores participantes assinaram o TCLE.

Resultados

Caracterização da APS na Rede de Atenção à Saúde da Região de Saúde de São José do Rio Preto-SP

O cenário referente às coberturas de APS e ESF, à classificação das equipes quanto à adesão e certificação no PMAQ (3º Ciclo) e indicadores relacionados às DCNT e às DCV, por municípios da RS SJRP, em 2018, está expresso na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas, de cobertura de Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família, certificação das equipes pelo PMAQ (3º ciclo) e Indicadores relacionados às DCNT e DCV, RS SJRP, 2018.

cobertura de APS/ESF				CERTIFICAÇÃO DAS EQUIPES NO PMAQ - 3º ciclo						INDICADORES RELACIONADOS À RCC				
Municípios RS SJRP	Pop. Total (IBGE)	% Cobertura de APS	% Cobertura de ESF	Nº de equipes com adesão e certificação	Ruim ou Desclassificado	Regular	Bom	Muito Bom	Ótimo	Taxa de Mortalidade e Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das DCNT/100. 000 hab	Taxa mortalidade por Capítulo CID- 10 – IX doenças do aparelho circulatório/100 .000 hab	% de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	% de ICSAP por grupo de causas relacionadas às DCV	
													Cap. IV – Doenças endocrinológicas e metabólicas (diabetes)	Cap. IX – Doenças Cardiovasculares (hipertensão, ICC, doenças cerebrovasculares)
BADY BASSITT	14.603	100	100	3	33%	0%	67%	0%	0%	124,36	224,48	13,87	2%	29%
BÁLSAMO	8.160	100	38,73	0	0%	0%	0%	0%	0%	79,68	212,77	15,03	2%	29%
CEDRAL	7.972	100	76,91	3	67%	33%	0%	0%	0%	79,53	207,54	14,64	2%	38%
GUAPIAÇU	17.869	81,41	66,87	5	0%	0%	80%	20%	0%	54,64	167,55	13,32	1%	27%
IBIRÁ	10.896	85,47	85,47	3	0%	0%	0%	100%	0%	99,29	160,46	20,43	2%	27%
ICÉM	7.462	100	85,06	3	67%	33%	0%	0%	0%	59,44	126,23	14,94	3%	43%
IPIGUÁ	4.463	100	100	0	0%	0%	0%	0%	0%	187,79	216,41	14,00	3%	36%

MIRASSOL	53.792	18,69	0	2	0%	100%	0%	0%	0%	42,77	169,99	20,61	2%	36%
MIRASSOLÂNDIA	4.295	100	100	1	0%	100%	0%	0%	0%	156,33	194,76	13,12	1%	38%
NEVES PAULISTA	8.772	76,68	76,68	2	0%	0%	100 %	0%	0%	75,64	300,27	18,88	3%	40%
NOVA ALIANÇA	5.891	100	100	3	0%	0%	20%	80%	0%	37,04	204,98	19,11	1%	32%
NOVA GRANADA	19.180	32,75	32,75	2	0%	50%	0%	50%	0%	44,87	140,93	16,62	5%	38%
ONDA VERDE	3.884	100	80,49	1	0%	0%	100 %	0%	0%	112,93	168,31	14,99	1%	19%
ORINDIÚVA	5.675	100	100	3	0%	40%	0%	20%	40%	0	45,18	12,06	3%	29%
PALESTINA	11.051	100	55,02	2	0%	100%	0%	0%	0%	57,86	183,92	15,44	2%	26%
PAULO DE FARIA	8.589	100	100	1	0%	0%	100 %	0%	0%	166,94	211,07	17,34	2%	34%
POTIRENDABA	15.449	100	100	6	0%	17%	33%	33%	0%	110,53	201,24	20,79	3%	39%
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	408.258	60,19	44,4	38	5%	0%	16%	68%	11%	79,76	208,49	14,31	2%	26%
TANABI	24.055	100	80,47	6	0%	100%	0%	0%	0%	72,78	228,68	22,95	4%	39%
UCHOA	9.471	100	100	4	0%	0%	50%	50%	0%	48,03	279,94	13,73	2%	29%
Total RS	649.787	66,49	50,57	111	22%	50%	50 %	44%	11%	77,03	201,25	15,93	2%	30%
ESTADO SP	45.094.866	60,60	40,41	5.418	-	-	-	-	-	89,98	199,98	14,99	-	-

Fonte: SAPS-MS; TABNET/MS; TABNET/SES-SP; portal e-Gestor, 2018

A média de cobertura de APS na RS foi de 66,49% e 50,57% a média de cobertura de ESF, acima das médias estaduais. Ainda, pode-se notar que apesar de a maioria dos municípios estar acima de 80% em cobertura de APS (16 municípios >80%), quando se trata da cobertura de ESF esse número cai para 55% (11 municípios > de 80%). Cabe destacar os municípios de Mirassol, com 0% de cobertura de ESF e 18,69% de APS e Nova Granada com 32,75% em ambas modalidades, dados que destoam em mais de 50% da RS.

Na RS, no período avaliado (2018), havia 111 equipes de ESF ou equipes parametrizadas (com soma de carga horárias dos profissionais equivalentes à uma ESF), sendo que destas, 88 (79%) fizeram a adesão e foram avaliadas, no 3º ciclo do PMAQ. Os municípios de Bálamo e Ipiguá, não fizeram adesão ao PMAQ no ciclo estudado. Pode-se observar que 22% dos municípios que aderiam ao Programa tiveram uma ou mais equipes com classificação Ruim, sendo que destas uma foi desclassificada. Ainda, 50% dos municípios tiveram equipes com classificação Regular e Boa e apenas 11% dos municípios tiveram equipes com classificação Ótima. Os municípios com equipes com classificação ruim receberam do Programa esta classificação pelo não alcance de pelo menos 90% dos padrões essenciais, e o município desclassificado teve como motivo a ausência de cadeira odontológica na Equipe de Saúde Bucal.

No ano 2018, na pactuação interdeferativa de indicadores e metas, identificada como SISPACTO foram elencados 21 indicadores para a avaliação dos municípios, estados e federação, e destes, 01 (4,7%) se relacionava diretamente com as DCV, a Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das DCNT, com o valor de 77,03/100.00 hab. na RS, abaixo da média estadual 89,98/100.000 habitantes. No entanto, ao analisarmos o desempenho dos municípios nota-se que Ipiguá (187,79), Paulo de Faria (166,94), Mirassolândia (156,33), Bady Bassitt (124,36), Onda Verde

(112,93) , Potirendaba (110,53) e Ibirá (99,29) estavam acima da média estadual e nestes municípios a cobertura de ESF era de 100% em Ipiguá, Paulo de Faria, Mirassolândia, Bady Bassitt, Potirendaba; 80,49% em Onda Verde e 85,47% em Ibirá. Ipiguá não fez adesão ao PMAQ; Paulo de Faria, Onda Verde e Ibirá não tiveram equipes classificadas como regulares ou ruins; Mirassolândia teve 100% de suas equipes classificadas como regulares; Bady Bassitt 33% como ruins e Potirendaba teve 17% de suas equipes classificadas como regulares. O município de Neves Paulista, com cobertura de ESF de 76,68%, não teve equipes classificadas como regulares ou ruins no PMAQ; Uchoa com 100% de cobertura de ESF também não teve equipes classificadas como regulares ou ruins e Tanabi com 80,47% de cobertura de ESF, teve 100% de suas equipes classificadas como regulares.

Em relação ao indicador Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, os municípios com piores desempenhos foram Neves Paulista (300,27), Uchoa (279,94), Tanabi (228,68) e Bady Bassit (224,48). Cabe ressaltar que 50% (10) dos municípios estavam com essa taxa acima da média da RS e que a RS (201,25) estava acima da média estadual (199,98).

Para as internações por causas sensíveis à Atenção Primária, a média da RS (15,93%) foi maior que a estadual (14,99%), e ainda apresentou 9 (45%) de seus municípios acima da média da RS e do estado. Os piores percentuais foram registrados por Tanabi (22,95%), Potirendaba (20,79%), Mirassol (20,61%) e Ibirá (20,43%). Mirassol não registrou cobertura de ESF e teve 02 equipes parametrizadas avaliadas pelo PMAQ como regulares, no período.

Em relação ao grupo de indicadores apresentados, 11 (55%) municípios apresentaram-se com desempenho pior em pelo menos 01 dos indicadores, cabendo

destaque aos municípios de Tanabi, Potirendaba e Bady Bassitt que aparecem com pior desempenho em dois indicadores, a saber: Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e percentual de ICSAP; Taxa de mortalidade prematura por DCNT e percentual de ICSAP; e Taxa de mortalidade prematura por DCNT e Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, respectivamente.

Ao analisar-se as ICSAP em relação aos grupos de causas relacionados com as DCV e, conseqüentemente, à RCC, com base na Lista Brasileira de Condições Sensíveis à APS, pelos capítulos e causas de acordo com a CID-10, as Doenças Endócrinas e metabólicas (Capítulo IV) corresponderam à 2% das internações enquanto que as Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX) à média de 14% das internações. Segundo a lista das condições sensíveis à APS, o diabetes correspondeu à média de 41% deste grupo de causas e no grupo das Doenças Cardiovasculares hipertensão, doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares corresponderam a 30% das causas neste grupo.

Na coleta de dados qualitativos foram entrevistados dez gestores (n=10) com mais de 01 ano na gestão do SUS, para que já tivessem um percurso de participação das discussões regionais sobre a RAS. O perfil sociodemográfico dos participantes encontra-se na tabela 2.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos gestores da RS Rio Preto, 2018.

Características sociodemográficas	Gestores	%
Idade		
De 20 a 29 anos	0	00%
De 30 a 39 anos	2	20%
De 40 a 49 anos	5	50%
De 50 a 59 anos	1	10%

>= 60 anos	2	20%
Total	10	100%
Sexo		
Masculino	3	30%
Feminino	7	70%
Total	10	100%
Nível Universitário		
Sim	8	80%
Não	2	20%
Total	10	100%
Formação em saúde		
Sim	6	60%
Não	4	40%
Total	10	100%
Pós-Graduação		
Não	6	55%
Especialização	3	50%
Mestrado	0	0%
Doutorado	0	0%
Outros (Residência)	1	17%
Total	10	100%
Tempo na Gestão		
1 a 3 anos	8	73%
3 a 5 anos	0	0%
5 a 10 anos	2	18%
> 10 anos	0	0%
Total	10	100%

Elaborado pelos autores

Dos gestores entrevistados (n=10) houve predominância de faixa etária de 10 a 49 anos (50%), do sexo feminino (70%), e 73% com período na gestão municipal de 01 a 03 anos. Em relação à formação, 80% deles tinham nível superior, sendo 60% com formação na área da saúde e 55% não fizeram pós-graduação.

No Quadro 1 encontram-se os temas e o quantitativo de núcleos de sentido emergidos das falas dos participantes, que foram analisados a partir do referencial teórico sobre RAS e do conceito de governança.

Quadro 1. Grandes temas e os núcleos de sentido, RS Rio Preto, 2018.

Grandes temas	Frequência dos Núcleos de Sentido	%
Aspectos de estruturação da RCC	54	75%
Governança e seus desafios	18	25%
Total	72	100%

Fonte: Elaborado pelos autores

Na fala dos gestores foi possível identificar em 25% dos núcleos de sentido referência aos conceitos de Governança e seus desafios na RS e em 75% a citação de aspectos da estruturação da RCC em nível local e regional. Nos quadros 2 e 3 encontram-se os núcleos de sentido e suas frequências dentro dos dois grandes temas.

Quadro 2. Aspectos da estruturação da RAS e seus núcleos de sentido, RS Rio Preto, 2018.

Grande Tema: Aspectos da estruturação da RAS e seus núcleos de sentido

Núcleos de Sentido	Freq Núcleos de Sentido	%
Atenção Primária em Saúde	19	35%
Regulação na RAS	12	22%
Matriciamento	9	17%
Linhas de cuidado na RAS	5	9%
Participação dos usuários	5	9%
Sistema logístico da RAS	4	7%
Total	54	100%

Fonte: Elaborado pelos autores

No grande tema Aspectos da estruturação da RAS, os núcleos de sentido mais frequentes foram: Atenção Primária em Saúde (35%), Regulação na RAS (22%) e Matriciamento (17%).

No quadro 3 encontram-se os núcleos de sentido mais frequentes no grande tema Governança e seus desafios.

Quadro 3. Governança, seus desafios e seus núcleos de sentido, RS Rio Preto, 2018.

Grande tema: Governança e seus desafios		
Núcleos de sentido	Freq	%
Governança institucional (desafios nas relações interfederativas)	08	44
Governança gerencial (desafios na gestão local)	05	28
Governança de financiamento	03	17
Relação entre os pontos de atenção na RAS	02	11
Total	18	100

Fonte: Elaborado pelos autores

Nesse grande tema, foram registrados 4 núcleos de sentido (NS). O NS governança institucional (desafios das relações interfederativas) apareceu em 44% do total e governança gerencial, no âmbito da gestão local, em 28% do total deste tema.

Discussão

Ao se pensar a organização de um sistema de saúde pode-se se recorrer à lógica de estrutura, processo e resultado. Sob o pano de fundo da organização do SUS, orientada pelas RAS, pode-se considerar a dimensão do cuidado, do acesso e do percurso do usuário por todos os serviços que compõem a rede (estrutura), sem desconsiderar as relações entre os atores que efetivam o cuidado, nestes pontos de atenção: profissionais, usuários, gestores e prestadores de serviço de forma agregadora e compartilhada (processo), buscando-se assim o alcance dos princípios doutrinários do SUS, sobretudo a equidade e integralidade na qualidade do cuidado (resultado).^{8,15-16}

Na RS do estudo, a média da taxa de mortalidade prematura por DCNT foi de 77,03/100.000 hab. Apesar desse valor ser menor do que a média estadual, notou-se 50% dos municípios está com taxas superiores a da RS, fator preocupante, visto que as DCNT (as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias

crônicas) consideradas no indicador podem em sua maioria, ser manejadas e acompanhadas pela APS. Ressalta-se que o monitoramento desse indicador é de grande relevância para se observar o impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco. Em estudo realizado em Amsterdam¹⁸, no cuidado produzido na APS para o usuário com Diabetes Mellitus, uma das DCNT, observou-se que as ações desenvolvidas na APS se relacionaram à qualidade do cuidado e à evolução e condução do tratamento e manejo da doença, demonstrando a importância da solidez e fortalecimento da APS para a produção do cuidado com qualidade de vida aos usuários.^{2,19}

Em relação à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, o valor observado na RS e em 10 (50%) de seus municípios estava acima da média estadual, o que reforça a necessidade de fortalecimento da APS, no sentido de minimizar o impacto das DCV na taxa de mortalidade. Estudo realizado no estado de São Paulo²⁰ aponta as DCV como umas das principais causas de óbitos no país, e o cuidado na APS e a estrutura das linhas de cuidado de hipertensão e diabetes como centrais no processo de melhoria da qualidade do cuidado no contexto da regionalização^{20,21}.

Quando se analisa as internações por condições sensíveis à Atenção Primária, indicador este que contempla como condições crônicas, as doenças cardiovasculares, em especial, a hipertensão arterial e suas complicações e o diabetes, em publicação específica (portaria MS nº221/2018), a RS deste estudo apresentou 9 (45%) dos municípios acima da média da RS e do estado. Além disso, na região, o grupo de doenças que abarca o diabetes (capítulo IV da CID10) foi responsável por 2% das ICSAP e o grupo de doenças que inclui a hipertensão, outras doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares (capítulo IX da CID10) por 14% dessas internações, somando um total de 16% de todas as internações no período.

Esses dados ratificam, na região estudada, a importância de se dispor de rede APS forte para a oferta e produção do cuidado, corroborando com estudo realizado no estado do Paraná²² que identificou que 13% de todas as ICSAP no período estudado foram por DCV e diabetes, e que destas, as DCV foram responsáveis por 71% dos gastos com as ICSAP. Da mesma forma, estudo²³ realizado na RS Rio Preto, com dados de 2008 a 2010 observou que 18,6% das internações foram por CSAP, correspondendo a um gasto de 17% do total de gastos com essas internações no período estudado. Esses dados mostram estabilidade nas ICSAP na RSRP, visto que em 2018, elas corresponderam a 16% do total de internações, número muito próximo ao de dez anos atrás.^{22,23} Outro dado importante sobre as ICSAP foi à média de 41% das internações por diabetes, enquanto a hipertensão, doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares corresponderam à média de 30% das ICSAP, no período. Esses dados colocam em evidência a importância da RCC para esta RS, visto que mundialmente, a OMS considera para o Plano de Ação Global, os quatro principais grupos de DCNT: as doenças cardiovasculares, diabetes, doença respiratória crônica e câncer, de grande importância para os países em desenvolvimento, como o Brasil. Do mesmo modo, a instituição salienta a capacidade de intervenção sobre estas condições, no campo da promoção da saúde e da integralidade do cuidado na APS, considerando o contexto da organização da rede de serviços, do financiamento e da governança.²⁴

Ao analisarmos então, os quatro indicadores relacionados à RCC (taxa de mortalidade prematura por DCNT, taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, o percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Primária detalhado por grupo de doenças relacionadas à RCC), notou-se 11 municípios (55%) com desempenho ruim em pelo menos 01 indicador; a média de cobertura de ESF nestes municípios foi de 84%, sendo que de suas 29 equipes avaliadas pelo PMAQ, 18 (62%)

tiveram classificação como boa, muito boa ou ótima e 11 (38%) tiveram classificação como regulares ou ruins. Estas informações podem indicar que o resultado dos indicadores pode estar relacionado com os percentuais de cobertura de ESF na RS, estratégia essa que fortalece e é considerada prioritária para a estruturação da APS, no contexto da RAS. A cobertura da ESF está relacionada com a redução de hospitalizações, redução de iniquidades e impacto maior na qualidade de vida das pessoas portadoras de doenças crônicas. A associação de cobertura, grau de implantação e ampliação do acesso da ESF com a taxa das internações por condições crônicas como hipertensão e diabetes, doenças atinentes à RCC, emergiu na fala dos gestores ao mencionarem a melhoria da qualidade da APS.^{21,25}

“Nós avançamos agora, porque quando eu cheguei não tinha estratégia de saúde da família para saber qual que era o público hipertenso tava muito aberto (...) hoje nós já sabemos qual que é o nosso público, quem é diabético, quem que é hipertenso e assim por diante, porque antes tinha que correr para ir lá na farmácia para ver quem fez retirada, não tinha controle, era bem assim era uma coisa que me preocupava muito né ?” (G7)

No entanto, apesar de a APS estar presente em grande parte das falas dos gestores (35%), a visão fragmentada da RAS também foi percebida nos relatos, de modo a distanciá-los de seus papéis na micropolítica da rede e no dimensionamento do cuidado na APS. Afasta-se assim, a discussão da estruturação da linha de cuidado em nível local, desconsiderando o território-vivo e seus determinantes sociais, bem como a ligação da micropolítica com as ações de regulação na RAS, desarticulando a micro e macropolítica da rede, não favorecendo o fortalecimento da APS e podendo impactar negativamente os indicadores de saúde ^{21,22,24-26}:

“Precisaria dar uma atenção maior, a gente faz o hiperdia, mostra pra eles a parte de alimentação, a parte farmacológica, mas é muito pouco, depois que eles saem daqui a gente não sabe o que eles estão fazendo na casa deles. “ (G3)

Por sua vez, estudo realizado no sistema de saúde da Inglaterra (NHS)²⁵, evidenciou que a estruturação do cuidado à hipertensão arterial e de outras linhas de cuidado, impediu mais de 300 mortes prematuras por doenças cardiovasculares e o aumento da população acima de 80 anos livre das DCNT.²⁷

O gestor, ator que se envolve na dimensão da Governança, em suas relações interfederativas, aproxima-se mais da discussão da Rede sob a ótica da sua prática (a gestão). A depender de seu referencial de RAS, o gestor pode imprimir um entendimento da Rede de forma fragmentada, não considerando a APS como sua ordenadora e coordenadora do cuidado e dos processos regulatórios referentes ao acesso do usuário a serviços em outros pontos assistenciais. Alguns não veem os demais pontos da RAS como codependentes da APS, e deste modo, não vislumbram a integração e o compartilhamento esperados no território da RS. Neste estudo, notou-se a ausência da concepção dessas funções da APS no tocante ao cuidado e, ao contrário, encontrou-se mais presente a menção à especialização e às prescrições de tratamento na APS, nas falas de alguns gestores^{5,18}

Na minha opinião, está ruim ainda, em questão de saúde, vamos falar assim: AB falta muito, acho que falta nutricionista e assistente social assim pra gente, porque nos casos de educação em saúde, a gente faz grupo duas vezes por semana aqui, a gente fala, mas é diferente do nutricionista fazer uma prescrição.” (G8)

A estruturação da APS na RS de estudo com cobertura média de ESF de 50,57% e de APS com 66,49% podem indicar a não priorização de investimento nesse ponto de atenção da rede, pelos gestores. Interessante pontuar que em estudo realizado em cinco RS do Brasil, parte dos gestores das regiões estudadas apresentaram uma visão crítica da APS, classificando-a como insuficiente para o atendimento às demandas e

necessidades da população^{27,28}. Cabe assim a indagação acerca da origem dessa insuficiência e sua relação com a ação gestora.

Ainda, a média de certificação do PMAQ, programa que pretendeu tornar mais robusta a APS, classificou 50% das equipes da RSRP como regulares ou boas, indicando outra possível debilidade na estruturação da rede de APS locorregional, considerando que para se obter um desempenho considerado ótimo (média de 11% das equipes da RS deste estudo), espera-se o alcance de padrões estratégicos que envolvem questões de acessibilidade, equipamentos, materiais e insumos, oferta de ações e procedimentos pela equipe, processo de trabalho, cuidado integral, acolhimento e organização de prontuários.^{15,29}

As falas de alguns gestores associaram a qualidade do cuidado produzido na Rede à cobertura de ESF, com o reconhecimento e o diagnóstico da situação de saúde do território-vivo. Reitera-se que território-vivo abrange um conceito dinâmico, de olhar para as pessoas e suas inter-relações no local onde elas vivem, considerando as suas características socioeconômicas, epidemiológicas e os determinantes e condicionantes de saúde. Desta forma, à análise do território-vivo imprime-se um conjunto de significados e sentidos que suportam o planejamento das ações de saúde, tendo em vista a importância da APS na RAS^{16,30}. Dessa premissa advém a necessidade de sua conformação e organização de forma a garantir a integralidade do cuidado. Essa visão mais integradora não esteve muito presente na fala dos gestores

*“Eu avalio que assim, nós estamos ainda em estruturação, a estratificação de risco já foi feita nas ESF, mas aqui que é uma UBS e não tem ESF a gente tem dificuldade (...)”
(G4)*

Ademais, o reconhecimento da necessidade de matriciamento (17%) citado pelos gestores reforça a necessidade de organização e aumento da resolutividade da APS, com autonomia dos profissionais na produção do cuidado, garantia de acesso com qualidade, no sentido da consolidação de seu papel de coordenadora da atenção e ordenadora da Rede^{4,30}.

Os indicadores analisados na RS: taxa de mortalidade prematura por DCNT (77,03/100.000 hab.), taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (201,25/100.000 hab) e o percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária (15,93%) registraram valores próximos ou maiores que a média estadual respectivamente, 89,98/100.000 hab; 199,98/100.000 hab e 14,99%. Além disso, o fato de a diabetes ter sido responsável por 41% das ICSAP e a hipertensão, doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca, e doenças cerebrovasculares responsáveis por 30%, sugerem dificuldades na estruturação da APS e, conseqüentemente, na RCC regional, imprimindo a necessidade de o gestor atuar para estimular a coordenação e a integralidade do cuidado, com a promoção da articulação entre os atores e os serviços que compõem a rede^{18,25-28}.

Quando se retoma o conceito da governança das Redes, pode-se observar que os gestores da RS deste estudo abordaram os conceitos de Governança institucional, gerencial e/ou de financiamento e as relações entre os serviços na RAS (25%):

“(...) é isso que eu vejo e aí as dificuldades também de discussão com os outros municípios dentro da CIR, as discussões que acontecem nesse sentido de pactuação de cotas de vagas um pouco mais acaloradas assim, mas eu acredito que esta questão de relação entre necessidade demanda e o pactuado isso é discutido, mas nem sempre se resolve”. (G2)

Nas falas também emergiram núcleos de sentido relacionados aos elementos estruturantes da Rede, como os Sistemas logísticos (7%) e o processo de regulação (22%) destacando-se a preocupação com os critérios de priorização do atendimento

“Tenho controle de tudo com a equipe de regulação com a médica que avalia, porque não é uma fila indiana tem que ver qual é a prioridade para a médica que faz essa avaliação.” (G3)

No campo da gestão, a conexão entre os atores (profissionais, gestores e usuários) e os serviços que compõem a Rede, a descentralização e a regionalização e, conseqüentemente, a execução da política pública, tornam-se mais evidentes, sendo possível identificar as potencialidades e debilidades que envolvem a governança na RS de SJRP. ^{7,29-31}

As dificuldades apontadas pelos gestores foram convergentes com os desafios atuais descritos na literatura para a consolidação das RAS, assinalando-se o conceito da governança colaborativa, que aponta para o caminho onde os atores busquem a cooperação na construção da Rede, sem perder de vista os objetivos individuais e coletivos, incluindo a tomada de decisão e a negociação no território. A governança perpassa a dinâmica do espaço em disputa, das necessidades distintas (ainda que na mesma RS), as relações interfederativas para pactuação e contratação de serviços componentes da Rede (governança institucional): ^{3,9-10}

“Eu acho que a parceria é muito difícil, cada um está no seu jogo de interesses e que os municípios não querem abrir mão de nada do que ele tem né?”; “(...)é isso que eu vejo e aí as dificuldades também de discussão com os outros municípios dentro da CIR, as discussões que acontecem nesse sentido de pactuação de cotas de vagas um pouco mais acaloradas assim, mas eu acredito que esta questão de relação entre necessidade demanda e o pactuado isso é discutido, mas nem sempre se resolve. Para a região, acho uma dificuldade a realidade de cada município, porque tem bastante peculiaridade de uns e de outros e condições de diferentes e aí não

dá para adequar de alguma forma que fique bom para todo mundo.” (G1)

A governança em todas as suas dimensões, ainda é um desafio para a consolidação das RAS. Neste estudo, os enfrentamentos nos espaços de gestão e a dificuldade da integração da micro e da macropolítica na condução da Rede apontam que o conceito de governança e seu exercício carecem ser fortalecidos:

“Sobre a questão da PPI e da construção das redes, PPI, nossa! É uma coisa que sabe aquele negócio que Deus, você sabe que existe mas nunca viu? A gente não consegue fechar essa conta. Promessa de ser revisto. A rede tem certas coisas que não caminha, a gente tem que usar a criatividade e fazer, e agora nós montamos alguns grupos condutores (...). Então os grupos condutores fazem assim: vamos ver o que dá para fazer com o que nós temos! Está muito difícil contar com o estado, principalmente agora! Mas para essa rede, o paciente da atenção cardiovascular que vai para dentro do HB principalmente tem dificuldade fazer exame”. (G7)

Corroborando com este estudo, uma pesquisa que avaliou a RAS no cuidado aos hipertensos, registrou falas dos gestores indicando a governança não como uma unidade real. Os gestores desconsideraram sua forma colaborativa como também as atribuições da APS para a funcionalidade da RAS. Aliás, não mencionaram a necessidade de monitoramento e avaliação, de educação permanente e de comunicação entre os pontos de atenção, na busca dos objetivos comuns na RS.^{2,32}

Muitos são os obstáculos na consolidação das RAS. O território-vivo que suporta a APS e a RAS deve ser centralmente considerado pelos gestores, no campo da micropolítica. A partir desse olhar, o caminho da macropolítica para consolidar a rede viva encontrará maior dinamicidade no que diz respeito aos seus componentes, às singularidades regionais, à governança, em especial, e na relação entre todos os atores envolvidos, incluindo os usuários. A relação entre micro e macropolítica não foi

evidenciada de forma expressiva na fala dos gestores, indicando a necessidade de ampliação deste debate, por meio da sensibilização dos gestores e problematização dessa questão, nos espaços interfederativos e em outros fóruns de educação permanente e formação.^{4, 27, 32-34}

A RAS e, especificamente, a RCC sob o prisma da produção do cuidado integral, necessita ser estruturada com todos os elementos e componentes, desde o nível local até o regional. Para tanto, é preciso que os interesses e objetivos da RS estejam voltados ao fortalecimento da APS e da Governança colaborativa, de forma a conhecer, monitorar e avaliar os territórios-vivos que compõem a RS, identificar as suas necessidades e propor a redução das iniquidades. Nesta linha de pensamento, estudo do sistema de saúde canadense³², que descreveu a relação colaborativa estabelecida entre todos os atores do processo de cuidado na rede ratifica a importância do desenvolvimento da governança solidária para o alcance dos objetivos da RAS.^{20,33-35}

As limitações deste estudo são inerentes ao distanciamento do conhecimento da percepção de alguns atores que integram essas relações, como os profissionais e usuários, por ter sido desenvolvido no âmbito do espaço colegiado e relacionadas à falta de indicadores pactuados no ano de estudo mais específicos na RCC. Assim, o desenvolvimento de estudos que considerem a visão dos profissionais que atuam em outros pontos da RAS, em ações assistenciais, bem como a percepção do usuário que percorre os serviços que a compõem, trarão maior amplitude e concretude ao entendimento do conceito de governança da rede.

Em síntese, o estudo revelou fragilidades na produção do cuidado, na RS de SJRP, visto que a cobertura de APS e de ESF ficou em torno de 66,0% e 50%, respectivamente e que grande parte dos municípios apresentaram taxas elevadas de

mortalidade e internação por condições sensíveis à atenção primária e resultados pouco expressivos na avaliação do PMAQ. Esses resultados repercutem negativamente em toda a rede de saúde, pela dimensão da responsabilidade da APS no manejo dos agravos mais prevalentes na população que estão estreitamente relacionados à RCC. Em conexão com essa realidade constatou-se que na RS de SJRP, apesar de os gestores abordarem as dimensões da governança em suas falas, notou-se que o seu exercício é débil, permeando discretamente a micro e a macropolítica, na conformação da rede regional de saúde, e, mais especificamente, da RCC. Reforça-se que para se atingir uma governança robusta é fundamental que os gestores compreendam o seu conceito e o exercitem cotidianamente, de modo a traduzi-lo em esforços à conformação da rede de atenção. Advoga-se que o caminho capaz de contribuir com a construção da RAS resolutiva, integrada e colaborativa, requer a valorização concreta da APS. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da governança colaborativa apresenta-se como ação essencial à funcionalidade e resolutividade da RAS, no território-vivo locorregional.

Referências

1. Silva MVM, et al. Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 28(1):e2018110, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100018.
2. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015; *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 25(2):373-390 (375-81), abr-jun 2016.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2016. 118 p.(11) – (CONASS Debate, 6).

4. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.(: il. ISBN: 978-85-7967-0756.
5. 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* | Rio de Janeiro, V. 42, N. 118, p. 579-593, jul-set 2018.
6. Kuschmir R (Org.). Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1. / organizado por Rosana Kuschmir e Márcia Cristina Rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2014. 280 p. : il. ; tab. ; mapas; ISBN: 978-85-61445-95-9.
7. Godoi H, Andrade SR, Mello ASLF. 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. Saúde Pública* 2017; 33(9):e00133516. Doi: 10.1590/0102-311X00133516.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart* 1966;44: 166-206.
9. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10):3257-3265, 2018. DOI: 0.1590/1413-812320182310.13942018.
10. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves GR, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede.; *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1209-1224, 2017.
11. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros; *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1193-1207, 2017. Doi: 0.1590/1413-81232017224.03002017.
12. Creswell, JW, Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.
13. Bardin, L. Análise de conteúdo; L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.; Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).
14. Souza EL and colab. Pesquisa em saúde coletiva [recurso eletrônico] / organizadores Evânia Leiros de Souza. [et. al.]. – Natal, RN : EDUFRN, 2018. 296 p.

15. Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do saúde mais perto de você – Acesso e qualidade- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo ; Brasília, DF, 2017.
16. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro; *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(12):e00004119.
17. Browne AJ, et al. Disruption as opportunity: Impacts of na organizational health equity intervention in primary care clinics; *International Journal for Equity in Health* (2018) 17:154. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>.
18. Shimizu HE, et al. The prominent role of Councils of Municipal Health Secretariats in the regional governance process; *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1131-1140, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28232016.
19. Mackenbach JD, Braver NR, Beulens JW. Spouses, social networks and other upstream determinants of type 2 diabetes mellitus; *Diabetologia* (2018) 61:1517–1521. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4607-1>.
20. Costa Rosa TE, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo.; *Rev Bras Epidemiol* 158; 2009; 12(2): 158-71.
21. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Affairs* 34, nº. 9 (2015): 1531–1537, 2015. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0582.
22. Mello JM, Borges PKO, Muller EV, Grden CRB, Pinheiro FK, Borges WS. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do Sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde; *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(1):e3390015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>.
23. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]; 23(1):45-56. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>.
24. Bukhman G, et al.; The Lancet NCDI Poverty Commission: bridging a gap in

- universal health coverage for the poorest billion.; The Lancet, Vol 396 October 3, 2020.
25. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S102.
 26. Mytton OT, Jackson C, Steinacher A, Goodman A, Langenberg C, Griffin S, et al. The current and potential health benefits of the National Health Service Health Check cardiovascular disease prevention programme in England: A microsimulation study. *PLoS Med* 15 (3): e1002517, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002517>
 27. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605,jul./set. 2010.
 28. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, Campos EMS, Mota PHS; A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização; *Cadernos de Saúde Pública*; ISSN 1678-4464; 35 nº.Suplemento 2; Rio de Janeiro, 2019.
 29. Gondim GMM, Soalheiro N. Território, saúde mental e atenção básica. IN: SOALHEIRO, Nina (Org.) *Saúde Mental para a Atenção Básica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-81, 2017.
 30. Almeida PF. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cad Saúde Pública*, 2018; 34:e00136118.
 31. Marques ECL. Notas sobre Redes, Estado e Políticas Públicas. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35 Sup 2:e00002318.
 32. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tshua TH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde; *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(5):e00052816. doi: 10.1590/0102-311X00052816.
 33. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1045-1054, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016.
 34. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet* 2018;

-
- 391: 1718–35; Published Online; February 23, 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8).
35. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências. *Divulgação em Saúde para Debate* 2014;52:146-152.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS – TESE DE DOUTORADO

O desenvolvimento desta tese permitiu, a partir do olhar aprofundado para uma RAS, entender o contexto de como o cuidado é produzido de forma local e regional, e como o gestor se enxerga e se posiciona neste processo.

O processo de distribuição e pactuação de vagas para especialidades e exames com parte do percurso do usuário na RCC é dissonante da realidade da Região de Saúde, implicando a necessidade de que os parâmetros assistenciais, a pactuação com os prestadores de serviços, sejam discutidos continuamente e, para tanto, os espaços colegiados de gestão devem ser valorizados e fortalecidos.

Os gestores precisam exercer a Governança na RAS de forma a construir, no fórum institucionalizado (a CIR), um espaço de fortalecimento, de colaboração e de compartilhamento, pois é assim que a governança se solidifica e se revigora, em todas as suas dimensões.

A aproximação ao nível local e às ações de atenção primária pertinentes à RCC pode-se observar que apesar dos grandes esforços para a organização do sistema municipal, ainda há fragilidades na produção do cuidado, desde a cobertura de APS e de ESF, até os seus desdobramentos, evidenciados pelos indicadores e pelo desempenho dos municípios relacionados à própria APS e à RCC.

A visão dos gestores em relação à governança mostrou-se ainda incipiente, pois a percepção tencionou mais o campo regional, de discussão com o estado sobre pactuações, recursos financeiros, do que a relação da micro e da macropolítica, na conformação da sua rede local de saúde e, consequentemente, da RAS regional de forma a produzir e ofertar o cuidado com qualidade e integralidade.

Este estudo produziu evidências importantes de que a governança precisa ser efetivamente exercida em todas as suas dimensões, mas para tanto, é necessário que o gestor se fortaleça nos espaços decisórios e valorize a APS em seus territórios. O exercício responsável e comprometido da governança poderá contribuir com a construção de redes vivas, que produzam e façam a gestão do cuidado e ampliem o debate nos espaços colegiados, para que as relações interfederativas, na conformação da RAS, ocorram de forma solidária e compartilhada, respeitando os princípios do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – TESE DE DOUTORADO

1. REIS A.A.C., SÓTER A.P.M., FURTADO L.A.C., PEREIRA S.S.S., Reflexões para a construção de uma regionalização viva.; *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1045-1054, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016.
2. SANTOS C.M., BARBIERI A.R., GONÇALVES C.C.M., TSHUA D.H.; Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde.; *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(5):e00052816. doi: 10.1590/0102-311X00052816.
3. CARVALHO A.L.B., ABREU DE JESUS W.L., SENRA I.M.V.B.; Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema; *Ciênc. saúde colet.* 22 (4) Abr 2017 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>.
4. ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; MIRANDA, A. S.; Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul.; *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 935-947, out-dez 2015.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2016.;118 p. – (CONASS Debate, 6).
6. CARNEIRO, P.S.; FORSTER, A.C.; FERREIRA, J.B.B.; A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação.; *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, Jan-Mar 2014. DOI: 10.5935/0103-104.20140014.
7. MELLO G.A., PEREIRA A.P.C.M., UCHIMURA L.Y.T., IOZZI F.L., DEMARZO M.M.P., VIANA A.L.D.; O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática; *Ciênc. saúde colet.* 22 (4) Abr 2017 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.
8. MENDES A., et al.; O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise.; *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.423-437, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000200003.
9. MENDES, E.V.; As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.
10. VENANCIO S.I., et al.; Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9):3951-3964, 2011.
11. SILVA E.C., GOMES M.H.A., Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa.; *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.4, p.1383-1396, 2014. DOI: 0.1590/S0104-12902014000400021.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.101/ GM de 12 de junho de 2002. Brasília, 2002.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631/GM de 01 de outubro de 2015. Publicada em 02 de outubro de 2015. Brasília, 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº4.279/2010. Brasília, 2010.
15. LIMA L.D., et al.; Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil.; Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1903-1914, 2012.
16. DOURADO D.A., ELIAS P.E.M.; Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.; Rev Saude Publica 2011;45(1):204-11.
17. IANNI A.M.Z., et al.; Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil.; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(5):925-934, mai, 2012.
18. ESPMG - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.; Oficinas de qualificação de Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina 2- Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 154 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 1)
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) ISBN 978-85-334-2058-8.
21. MALACHIAS M.V.B., SOUZA W.K.S.B., PLAVNIK F.L., RODRIGUES C.I.S., Brandão A.A., Neves M.F.T., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
22. CHOBANIAN A.V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 33;52;88 p.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) ISBN 978-85-334-2059-5.
25. RODRIGUES L.B.B., SILVA P.C.S., PALHA P.F., POPOLIN M.P., CRISPIM J.Á., PINTO I.C., MONROE A.A., ARCÊNIO R.A., A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.; *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):343-352, 2014. DOI: 0.1590/1413-81232014192.18032012.
26. MALTA D.C.; MERHY E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
27. MALTA D.C.; MERHY E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. *Rev. Mineira Enferm.*, v.7, n.1, p.61-6, 2003.
28. SOUZA E.L., and colab. Pesquisa em saúde coletiva [recurso eletrônico] / organizadores Evânia Leiros de Souza. [et. al.]. – Natal, RN : EDUFRN, 2018.296 p.
29. CRESWELL J.W., CLARK V.L. Designing and conducting mixed methods research. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.
30. BARDIN, L. Análise de conteúdo; L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.; Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).
31. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A Instrumento de coleta de dados para gestores de saúde

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	
DATA	
INICIAIS	
IDADE	
SEXO	
ANO	
PÓS	() especialização () mestrado () doutorado () outros AREA:
Tempo na Gestão	() < 1 ano () 1-3 anos () 3- 5 anos () 5-10 anos () > 10 anos

DIMENSÃO 1- Organização para o cuidado ao portador de diabetes e hipertensão no sistema único de saúde (SUS) no âmbito da Atenção Primária

SUBDIMENSÃO 1.1: Identificação dos grupos de risco

Q1: Quais os indivíduos você considera sob o risco de desenvolver DCV são?

(Escolha os três principais)

- ☐ Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2)
- ☐ Pessoas hipertensas
- ☐ Idosos
- ☐ Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²)
- ☐ Tabagismo
- ☐ Outros:

SUBDIMENSÃO 1.2: Estratégias de prevenção para a DCV nos pacientes sob o risco de desenvolver a doença

Q2: Quais as ofertas de saúde a unidade oferece para esses grupos populacionais citados anteriormente? (Escolha os dois principais e especifique)

- ☐ Grupos de educação em saúde:
- ☐ Visitas Domiciliares:
- ☐ Atendimento multiprofissional
- ☐ Outros atendimentos:

SUBDIMENSÃO 1.3: Diagnóstico Precoce

Q3: Quais os exames/ método de escolha para diagnóstico de hipertensão e diabetes?
(Escolha 01 para cada DCNT)

- ☐ Glicemia de Jejum
- ☐ Hemoglobina glicosilada
- ☐ Colesterol total e frações
- ☐ MAPA
- ☐ Outro

Q4: Para quais usuários esses exames/métodos são solicitados? (escolha apenas 01 alternativa)

- ☐ Todos pacientes
- ☐ Pacientes considerados de risco
- ☐ Pacientes com queixas
- ☐ Outros

Q5: Há estratificação de risco para hipertensos na Unidade de Saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhece

Q6: Qual a periodicidade da solicitação desses exames na rotina do paciente considerado de risco?

- ☐ Mensal
- ☐ Semestral
- ☐ Anual
- ☐ Bianual
- ☐ A critério clínico
- ☐ Outro:

Q7: Você conhece qual tempo que o paciente leva entre solicitação do exame e saber o seu resultado?

- ☐ Sim, tempo médio de:

- Não

DIMENSÃO 2- Regulação do Paciente na rede de atenção cardiovascular

Q1: Qual é o protocolo para encaminhamento dos casos que julgar necessários para outros níveis de atenção?

- Descreva:
- Não conheço

Q2: Você conhece a demanda reprimida para consultas? (Se sim, descrever em números)

- Cardiologia
- Endocrinologia
- Linha de Cuidado
- Cirurgia Vascular
- Neurologia

Q3: Quais os estágios você encaminha para outros pontos de atenção?

- Quais
- Desconhece
- Outros critérios para encaminhamento:

Q4: Você conhece o tempo médio que o paciente aguarda entre o encaminhamento e a consulta em outro ponto da rede de atenção?

- Sim, tempo médio de:
- Não conheço

DIMENSÃO 3- Disponibilidade de recursos das linhas de cuidado

Q1: Você conhece os recursos disponíveis no município para atender o hipertenso e diabético?

- Sim, quais:
 - AME;
 - Ambulatório do Hospital de Base;

- ARE
- Outros
- Não

DIMENSÃO 4: Coordenação do cuidado do portador de Doença Cardiovascular no âmbito da atenção primária

Q1: A equipe tem acessos as informações do paciente encaminhado para outro nível de atenção?

- Sim
 - Se sim, como
 - Visita domiciliar
 - Sistema de Informação
 - Contra referência
 - Outro:
- Não

Q2: O paciente encaminhado mantém retorno na unidade?

- Sim
 - Se sim, em quais serviços:
 - Consulta médica
 - Consulta de enfermagem
 - Consulta Multiprofissional
 - Grupos de Educação em saúde
 - Farmácia
 - Vacina
 - Outros Serviços:
- Não

Q3: O paciente encaminhado recebe intervenção de outros profissionais ou ações da equipe?

OUTRAS PERGUNTAS:

- 1- Você recebe algum tipo de matriciamento profissional de outros pontos de atenção?
- 2- Como você avalia a linha de cuidado do hipertenso e diabético no seu município?
- 3- Gostaria de apontar alguma dificuldade dentro dessas linhas de cuidado?
- 4- Você tem em sua central de regulação o controle de demanda reprimida e entrada de novos pedidos para encaminhamento a outros pontos de atenção?
- 5- O seu município aderiu ao PMAQ? Quais indicadores você considera que se relacionam com o cuidado da hipertensão, diabetes e para a rede cardiovascular?

APÊNDICE B
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Gestores de saúde

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Social

Pesquisa: “ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: ASPECTOS DA REGIONALIZAÇÃO – NECESSIDADES E DESAFIOS”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar como voluntário (a) de uma pesquisa intitulada **“ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: ASPECTOS DA REGIONALIZAÇÃO – NECESSIDADES E DESAFIOS”**. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Ela tem como objetivo avaliar o processo de implantação da linha de cuidado do hipertenso e diabético em uma Rede Regional de Atenção à Saúde. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que será áudio-gravado e transcrita posteriormente, podendo gastar em média 40 minutos e será realizada no estabelecimento de saúde onde o Sr(a) trabalha. As informações fornecidas contribuirão para a melhoria dos serviços de saúde e na atenção à Rede de Cuidados Cardiovascular.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer tipo de ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação nesta pesquisa. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar do mesmo. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado (a) pelos pesquisadores.

Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com a garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, os resultados poderão ser apresentações em eventos científicos e na mídia e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada a todo o momento pelo (a) Sr. (a). O (a) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a). As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo (a) Sr. (a) e pelo pesquisador.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Poderá haver algum desconforto devido ao tempo necessário para responder a

entrevista, que será devidamente acautelado pelos pesquisadores. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo **“ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: ASPECTOS DA REGIONALIZAÇÃO – NECESSIDADES E DESAFIOS”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__.

_____ Nome	_____ Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, telefone (16) 3315 0009 ou e-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br, (de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h). Localizado na Rua Teresina, nº690, bairro Sumarezinho, Ribeirão Preto- SP.

ANEXOS

Anexo I

Comprovante de submissão do artigo I à revista Physis

Physis Revista de Saúde Coletiva

PHYSIS

A influência da governança na organização da rede de atenção à saúde cardiovascular: um estudo transversal

Journal:	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	PHYSIS-2020-0098
Manuscript Type:	Original Article (Theme)
Keyword:	Regionalização, Governança, Rede de Cuidado Continuado à Saúde, Doença Crônica, Doenças Cardiovasculares

SCHOLARONE™
Manuscripts

Anexo II

Parecer do CEP com aprovação do projeto

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: ASPECTOS DA REGIONALIZAÇÃO E NECESSIDADES E DESAFIOS

Pesquisador: Janise Braga Barros Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66699317.7.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.312.759

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às pendências emitidas pelo parecer 2.043.122, de 03 de maio de 2017, referente a pesquisa avaliativa de abordagem mista, proposta para ser desenvolvida na Microrregião de Saúde de Rio Preto, com participação de gestores do SUS dos municípios do DRS-XV.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou projeto de pesquisa, TCLE para os gestores do SUS e cronograma com as alterações indicadas por este CEP. Além disso, foram incluídos carta de resposta às pendências, orçamento e TCLE para os juízes, conforme solicitado.

Recomendações:

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 2.312.759

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora acatou as recomendações apresentadas por este CEP, destacando as alterações nos documentos indicados. Não havendo mais pendências, considera-se que o projeto apresentado encontra-se em consonância com as exigências éticas para pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_892316.pdf	14/09/2017 12:48:26		Aceito
Outros	Carta_CEP_pendencias.pdf	14/09/2017 12:23:00	Janise Braga Barros Ferreira	Aceito
Outros	Carta_Convite_Juizes.pdf	14/09/2017 12:22:11	Janise Braga Barros Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes.pdf	14/09/2017 12:21:21	Janise Braga Barros Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_corrigido.pdf	14/09/2017 12:20:28	Janise Braga Barros Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Corrigido.pdf	14/09/2017 12:19:39	Janise Braga Barros Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/04/2017 15:16:20	Aline Fiori dos Santos Feltrin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 2.312.759

RIBEIRAO PRETO, 03 de Outubro de 2017

Assinado por:
LAÉRCIO JOEL FRANCO
(Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: cseculaba@fmrp.usp.br