UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PRISCILA BALDERRAMA

**Avaliação regional da rede de atenção aos agravos
cardiovasculares**

RIBEIRÃO PRETO
2017

PRISCILA BALDERRAMA

Avaliação regional da rede de atenção aos agravos
cardiovasculares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da Organização dos
Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi
Chaves

RIBEIRÃO PRETO
2017

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.

Balderrama, Priscila

Avaliação regional da rede de atenção aos agravos cardiovasculares. Ribeirão Preto, 2017.

196 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

1. Avaliação em Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Integralidade em Saúde. 4. Acesso aos serviços de saúde

BALDERRAMA , Priscila

Avaliação regional da rede de atenção aos agravos cardiovasculares

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Com o maior amor do mundo, dedico esse trabalho a pessoa que mais me transformou e que me ensinou a ser mais forte que eu poderia imaginar... Querido PEDRO, sinta-se responsável pela realização desse sonho. O brilho dos seus “olhinhos vivos e espertos” é combustível que me move!

AGRADECIMENTOS

*A **DEUS**, pelo privilégio de ter, na vida, pessoas especiais.*

*À minha orientadora **LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES**, pelo apoio, carinho e compreensão; pela disponibilidade incondicional, por estimular meu desenvolvimento acadêmico e pessoal; pelo exemplo de profissional ética, comprometida, humana e competente... **LUCIELI**, uma pessoa maravilhosa, que tive a sorte, não por acaso, de conhecer, com quem tive o prazer de conviver e com quem tive o privilégio de aprender... Muito obrigada pela acolhida! Muito obrigada pela dedicação! Muito obrigada pelo direcionamento! Muito obrigada pela oportunidade!*

*Ao meu pai, **MANOEL OTÁVIO**, que sempre acreditou na importância da educação, apoiou e esteve ao meu lado em todas as fases da minha vida. Por querer o meu melhor e lutar por isso. Muito obrigada!*

*À minha mãe, **CLARICE**, pelo apoio incondicional, por reiteradamente abdicar dos seus projetos para investir nos meus... Por me orientar, me estimular e me ajudar em todos os momentos da minha vida e, principalmente, nos mais difíceis... Por ser a melhor mãe que eu poderia ter! Muito obrigada!*

*Ao meu irmão **CAIO**, pela amizade, apoio e disponibilidade. Muito obrigada!*

*Ao meu marido, **CLESNER**, companheiro de muitos anos, com quem dividi os momentos mais bonitos e mais difíceis. Pelo amor que se transforma, pelo carinho e amizade, pelo Pedro, pela vida... Muito obrigada!*

*Aos demais FAMILIARES, presentes ou em memória, pelo apoio, pelo carinho, pela
presteza e disponibilidade... Por serem tão presentes e tão queridos! Muito obrigada!*

*Aos professores da banca de qualificação JANISE FERREIRA e OSWALDO TANAKA,
pela enorme contribuição. Obrigada!*

A professora SILVIA CAMELO, pelas sugestões e pelas risadas. Muito obrigada!

*A todos os FUNCIONÁRIOS DA FERP/USP que, direta ou indiretamente, contribuíram
para a elaboração desse trabalho, em especial VELMARA, MIYUKO, RICARDO e
EDILAINE. Muito obrigada!*

*Aos colegas da Pós-Graduação, em especial a LARISSA ROBERTA ALVES, pelas
contribuições.*

*Aos PROFISSIONAIS DE SAÚDE que gentilmente aceitaram participar do estudo.
Obrigado pela disponibilidade! Obrigado por lutarem pelo SUS!*

*Ao DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, por
permitir a realização deste estudo.*

À Articuladora da Atenção Básica, DELMA, pela imensa presteza.

*Ao CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E
TECNOLÓGICO (CNPQ), pelo apoio financeiro.*

Meu coração transborda gratidão... Muito obrigada!!!

RESUMO

BALDERRAMA, P. **Avaliação regional da rede de atenção aos agravos cardiovasculares.** 2017. 196 Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introdução. A magnitude dos agravos cardiovasculares e sua representação no sistema de saúde, a importância da avaliação enquanto instrumento de gestão e o reconhecimento da condição traçadora como estratégia metodológica viável para avaliação de serviços e sistemas de saúde justificaram esta investigação. **Objetivo.** Avaliar ações de atenção aos agravos cardiovasculares como traçadores de resultados da articulação dos diferentes níveis de atenção de um sistema regional de saúde, na perspectiva do acesso e da integralidade da atenção. **Material e Método.** Pesquisa avaliativa, baseada no método misto sequencial, desenvolvida em duas fases: a primeira, documental, a partir de dados secundários, abordagem quantitativa; a segunda, a partir de dados primários, abordagem qualitativa. Para coleta dos dados secundários, utilizaram-se sistemas de informação ambulatorial e hospitalar do Ministério da Saúde, BR, região de São José do Rio Preto, SP, BR, de 2000 a 2013, armazenados em planilhas Microsoft Excel e analisados, utilizando estatística descritiva. Considerando a análise dos dados quantitativos, elegeram-se participantes da etapa qualitativa gestores e responsáveis pela regulação, na Comissão Intergestora Regional de São José do Rio Preto, pela maior concentração de serviços e cobertura das ações/intervenções para a traçadora escolhida. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas que, após transcrição e leituras exaustivas, permitiram agrupar os dados em cinco dimensões. Optou-se por aprofundar análise dos aspectos que favorecem o acesso, para enfatizar experiências exitosas. Investigação aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados.** No período, todos os tipos de consultas aumentaram em termos absolutos; em percentuais, identificou-se redução nas consultas de atenção básica e cardiologia e aumento em urgência. Houve expressivo crescimento da produção de exames para diagnóstico precoce e monitoramento de usuários com problemas cardiovasculares, o que reduz o risco de complicações. Dentre as internações, 25,36% foram cirúrgicas e, 74,64% clínicas. Houve redução no percentual da população com internações clínicas e crescimento da população com internações cirúrgicas. Das entrevistas, emergiram aspectos facilitadores do acesso no sistema regional de saúde, agrupados segundo dimensões organizacional, política, técnica, econômico-social e simbólica do acesso, distribuídas em categorias, com estratégias e ações relacionadas. As dimensões organizacional e política foram mais citadas pelos participantes, indicando como estratégias empoderamento da atenção básica, organização de fluxos de atendimento, fortalecimento da regulação local e regional, redução das barreiras geográficas de acesso, fortalecimento de avaliação de serviços de saúde, qualificação e continuidade da gestão municipal, comprometimento da gestão estadual, cooperação entre gestores, fortalecimento da CIR, aperfeiçoamento da pactuação regional. As dimensões técnica e econômico-

social foram menos enfatizadas, as estratégias relacionam-se à institucionalização da educação para a saúde, comprometimento, perfil profissional e estabelecimento de vínculo, garantia da resolubilidade da atenção e provimento dos recursos necessários à atenção à saúde. Na dimensão simbólica, não houve proposições, fato que pode decorrer do perfil dos participantes, profissionais com foco em gestão e pouca interface na assistência. Conclusões. A avaliação evidenciou articulação entre níveis de atenção no sistema regional de saúde, na perspectiva do acesso e integralidade. A organização regional repercutiu no incremento do acesso. A condição traçadora apresentou-se como estratégia adequada para a avaliação proposta.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Assistência Integral à Saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

BALDERRAMA, P. **Regional evaluation of the network for attention to cardiovascular diseases.** 2017. 196 f. Thesis (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

Introduction. The magnitude of cardiovascular diseases and their representation in the health system, the importance of evaluation as a management tool and the recognition of the tracer condition as a viable methodological strategy for evaluation of health services and systems justified this investigation. Goal. To evaluate actions of attention to cardiovascular diseases as tracers of the articulation results at different levels of care in the regional health system, through the perspective of access and integrality of care. Material and Method. It is an evaluative research, based on the mixed sequential method, using quantitative and qualitative data. To collect the quantitative data, we used secondary data from outpatient and hospital information systems of the Ministry of Health, BR, produced in 102 municipalities of the region of São José do Rio Preto, SP, Brazil, from 2000 to 2013. Data were stored in Microsoft Excel spreadsheets. For the analysis, the descriptive statistics was used, adopting frequencies and percentages, constructing time series that indicated the trends. In order to develop the second phase of the study, considering the analysis of quantitative data, we opted to choose the Regional Inter-Commission of São José do Rio Preto, composed of 20 municipalities, a micro-region with a greater population, a greater concentration of services, medical appointments, exams, hospitalizations and, consequently, greater coverage of the actions for the chosen tracer. Semi-structured interviews were carried out, which after transcription and exhaustive readings allowed to group the data in five dimensions. It was decided to deepen the analysis of the aspects that favor access, to focus on successful experiences. Research approved by Ethics and Research Committee. Results. In absolute terms, all kinds of medical appointments increased in the period; in percentages, it was identified a reduction of basic attention and cardiologicmedical appointments and increase in emergency service. There has been an expressive increase in the production of exams for early diagnosis and monitoring of users with cardiovascular problems, which reduces the risk of complications. Among the hospitalizations, 25.36% were surgical and 74.64% were clinical. There was a reduction in the percentage of the population with clinical admissions and growth of the population with surgical hospitalizations. From the interviews emerged facilitating aspects of access in the regional health system, grouped according to organizational, political, technical, economic-social and symbolic dimensions of access, distributed in categories, with related strategies and actions. The organizational and political dimensions were more cited by the participants, indicating as empowerment of basic care strategies, organization of care flows, strengthening of local and regional regulation, reduction of geographical access barriers, strengthening of health services evaluation, qualification and continuity of the municipal management, commitment of the state management, cooperation between managers,

strengthening of the CIR, improvement of the regional agreement. The technical and economic-social dimensions were less emphasized, the strategies are concerning to the institutionalization of health education, commitment, professional profile and bonding, guarantee of the resolubility of care and provision of resources needed for health care. As to the symbolic dimension, there were no propositions, a fact that can be derived from the profile of the participants, professionals focused on management and little interface in the assistance. Conclusions. The evaluation evidenced an articulation between levels of attention in the regional health system, from the point of view of access and integrality. The regional organization had an impact on increasing access. The tracer condition was presented as an adequate strategy for the proposed evaluation.

Keywords: Health evaluation. Health management. Comprehensive Health Care. Health Services Accessibility

RESUMEN

BALDERRAMA, P. **Evaluación regional de la red de atención a los agravios cardiovasculares.** 2017. 196 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introducción. La magnitud de los agravos cardiovasculares y su representación en el sistema de salud, la importancia de la evaluación en cuanto instrumento de gestión y el reconocimiento de la condición trazadora como estrategia metodológica viable para la evaluación de servicios y sistemas de salud. **Objetivo.** Evaluar acciones de atención a los agravos cardiovasculares como resultados de la articulación de los diferentes niveles de atención de un sistema regional de salud, en la perspectiva de la atención y la integralidad de la atención. **Material e Método.** Investigación evaluativa, basada en el método misto secuencial, desarrolladas en dos etapas: la primera documental, a partir de datos secundarios, abordaje cuantitativa y, la segunda, a partir de datos primarios, abordaje cualitativo. Para la recolecta de datos secundarios, se utilizaron sistemas de información ambulatorio y hospitalario del Ministerio de Salud, BR, región de São José do Rio Preto, SP, BR, de 2000 a 2013, almacenados en plantillas Microsoft Excel y análisis de estadística descriptiva. A partir de la evaluación de los datos cuantitativos, se eligieron participantes de la etapa cualitativa gestores y encargados de la reglamentación en la Comisión Intergestora Regional de São José de Rio Preto, por mayor concentración de servicios y cobertura de las acciones / intervenciones para el trazador elegido. Se realizaron encuestas semiestructuradas que, después de la transcripción y lecturas exhaustivas, permitieron agrupar los datos en cinco dimensiones. Se optó por profundizar la evaluación de los resultados, para focalizar experiencias exitosas. Investigación aprobada por Comitê de Ética y Investigación. **Resultados.** En términos absolutos, todos los tipos de consultas aumentaron en el período; en porcentuales, fueron identificadas reducciones en las consultas de atención básica y cardiología y aumento en la urgencia. Hubo expresivo crecimiento de la producción de los exámenes para el diagnóstico precoz y el monitoreo de los problemas con los problemas cardiovasculares, que reduce el riesgo de complicaciones. Dentre las hospitalizaciones, 25,36% fueron quirúrgicas y 74,64% clínicas. Hubo reducción en el porcentaje de la población con internaciones clínicas y crecimiento de la población con internaciones quirúrgicas. De las encuestas, emergieron facilitadores de acceso a un sistema regional de salud, agrupados en dos dimensiones organizacionales, políticas, técnicas, económico-sociales y simbólicas de acceso, distribuidas en categorías, con estrategias y acciones relacionadas. Las dimensiones organizativas y políticas fueron más citadas por los participantes, indicando como estrategias empoderamiento de la atención básica, organización de flujos de atención, fortalecimiento de la regulación local y regional, reducción de las barreras geográficas de acceso, fortalecimiento de evaluación de servicios de salud, calificación y continuidad de la gestión municipal, compromiso de la gestión estadual, cooperación entre gestores, fortalecimiento de la CIR, perfeccionamiento de la

pactación regional. Las dimensiones técnicas y económico-sociales fueron menos enfatizadas, las estrategias se relacionan a la institucionalización de la educación para la salud, compromiso, perfil profesional y establecimiento de vínculo, garantía de la resolución de la atención y provisión de los recursos necesarios para la atención a la salud. En la dimensión simbólica, no hubo proposiciones, hecho que puede derivarse del perfil de los participantes, profesionales con enfoque en gestión y poca interfaz en la asistencia. Conclusiones. La evaluación evidenció articulación entre niveles de atención en el sistema regional de salud, en la perspectiva del acceso e integralidad. La organización regional repercutió en el incremento del acceso. La condición trazadora se presentó como estrategia adecuada para la evaluación propuesta.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Gestión en salud. Atención Integral de Salud. Accesibilidad a los Servicios de Salud

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	As 10 principais causas de morte no mundo, 2015.....	35
Figura 2	Total de óbitos por capítulo do CID 10 nos anos de 2000 a 2014, no estado de São Paulo.....	37
Figura 3	Mapa da RAS 12 e respectivos DRS, regiões de saúde e municípios.....	67
Figura 4	Quantidade de municípios da CIR de São José do Rio Preto segundo o porte populacional, 2016.....	70
Figura 5	Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde...	78
Figura 6	Consultas realizadas na atenção básica, serviços de urgência e de cardiologia, pelo SUS, na região do DRS XV- São José do Preto no período de 2000 a 2013.....	90
Figura 7	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, na região do DRS XV- São José do Preto no período de 2000 a 2013.....	99
Figura 8	Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, segundo o tipo e ano, no período de 2000 a 2013.....	117
Figura 9	Consultas em atenção básica, cardiologia e urgência, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, no período de 2000 a 2013.....	124
Figura 10	Exames especializados em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, no período de 2000 a 2013.....	125
Figura 11	Total de internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, no período de 2000 a 2013	126
Figura 12	Estratégias que levam a estruturação da rede de atenção.....	128
Figura 13	Ações para empoderamento da atenção básica.....	129
Figura 14	Ações para a organização dos fluxos de atendimento.....	132
Figura 15	Ações para o fortalecimento da regulação local e regional.....	136
Figura 16	Ação para a redução das barreiras geográficas de acesso.....	139
Figura 17	Ação para fortalecimento da avaliação de serviços de saúde..	140

Figura 18	Estratégias que levam ao fortalecimento da gestão do SUS....	143
Figura 19	Ação para a qualificação e continuidade da gestão municipal.....	144
Figura 20	Ação para o comprometimento da gestão estadual.....	145
Figura 21	Ação para a cooperação entre gestores.....	147
Figura 22	Ação para o fortalecimento da CIR.....	148
Figura 23	Ação para aperfeiçoamento da pactuação regional.....	149
Figura 24	Estratégias que levam a qualificação da atenção.....	151
Figura 25	Ação para a institucionalização da educação para a saúde....	152
Figura 26	Ação para a garantia da resolubilidade da atenção.....	154
Figura 27	Estratégia que leva a melhoria da estrutura dos serviços.....	155
Figura 28	Ações para o provimento dos recursos necessários à atenção a saúde.....	156

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características dos agravos cardiovasculares para qualificação como condição traçadora, segundo os critérios elencados por Kesnner at al (1973).....	63
Quadro 2	Tipo de procedimento e respectivos filtros e indicadores utilizados para a coleta de dados, 2015.....	73
Quadro 3	Composição final da identificação dos participantes do estudo.....	76
Quadro 4	Dimensões do acesso segundo Assis e Jesus (2012) e categorias de análise encontradas.....	79
Quadro 5	Dimensões teóricas usadas para análise do acesso aos serviços de atenção cardiovascular no DRS XV, categorias empíricas, estratégias e ações identificadas a partir da fala dos sujeitos.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Consultas realizadas na atenção básica, serviços de urgência e de cardiologia, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2013.....	83
Tabela 2	Consultas realizadas na atenção básica, serviços de urgência e de cardiologia, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo tipo de consulta, no período de 2000 a 2013.	87
Tabela 3	Valores absolutos e proporcionais da população, de consultas na atenção básica, urgência e em cardiologia pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013.	92
Tabela 4	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2013.	96
Tabela 5	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo tipo de exame, no período de 2000 a 2013.....	98
Tabela 6	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo comissão intergestora regional e ano, no período de 2000 a 2013.....	105
Tabela 7	Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo comissão intergestora regional e tipo de exame, no período de 2000 a 2013.....	107
Tabela 8	Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 2000 a 2013.	109
Tabela 9	Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo a Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013.....	110

Tabela 10	Internações cirúrgica em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 2000 a 2013.....	112
Tabela 11	Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013.....	113
Tabela 12	Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS-XV – São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo o tipo e ano, no período de 2000 a 2013.....	115
Tabela 13	Valores absolutos e proporcionais da população, de internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS XV, no período de 2000 a 2013.....	116
Tabela 14	Proporção entre exames diagnósticos e total de internações em cardiologia pelo SUS, nos municípios do DRS-XIII, segundo tipo de exame, no 2000 a 2013.....	120
Tabela 15	Valores absolutos e proporcionais da população, óbitos por doenças do aparelho circulatório, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013.....	122

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMQ	Avaliação Para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ApoA1	Apolipoproteína A-1
APOb	Apolipoproteína B
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CGRedes	Comitês Gestores das Redes de Atenção à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestora Regional
CANPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DRS	Departamento Regional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
LDL	Lipoproteína e Baixa Densidade
NOB 93	Norma Operacional Básica 93
NOB 96	Norma Operacional Básica 96
NOAS 2001	Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001
NOAS 2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órtese, Prótese e Materiais
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	
1.	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	Breve histórico sobre o SUS: princípios, diretrizes e contexto atual.....	25
1.2	Contextualizando a Temática: regionalização em saúde.....	27
2.	2. REVISÃO DE LITERATURA.....	32
2.1	Agravos Cardiovasculares na Rede de Atenção.....	33
2.2	Acesso em Saúde.....	41
3.	JUSTIFICATIVA.....	49
4.	OBJETIVOS.....	52
4.1	Objetivo Geral.....	53
4.2	Objetivos Específicos.....	53
5.	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	54
5.1	Avaliação em Saúde: aspectos teóricos.....	55
5.2	Avaliação em Saúde: uma opção metodológica.....	60
6.	MATERIAL E MÉTODO.....	65
6.1	Tipo de Estudo.....	66
6.2	Campo de Estudo	67
6.3	Participantes do Estudo.....	69
6.3.1	Abordagem Quantitativa.....	69
6.3.2	Abordagem Qualitativa.....	69
6.4	Procedimento de Coleta dos Dados.....	71
6.4.1	Abordagem Quantitativa	71
6.4.1.1	Procedimentos de Coleta dos Dados Quantitativos.....	72
6.4.1.2	Procedimentos de Análise dos Dados Qualitativos.....	73
6.4.2	Abordagem Qualitativa.....	74
6.4.2.1	Procedimentos de Coleta dos Dados Qualitativos.....	74
6.4.2.2	Procedimentos de Análise dos Dados Qualitativos.....	76
6.5	Aspectos Éticos.....	79
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
7.1	Caracterização da Produção Ambulatorial e Hospitalar.....	82
7.2	Aspectos que favorecem o acesso a atenção cardiovascular....	126
7.2.1	Dimensão Organizacional.....	127
7.2.2	Dimensão Política.....	142
7.2.3	Dimensão Técnica.....	150

7.2.4	Dimensão Econômica-Social.....	155
7.2.5	Dimensão Simbólica.....	160
8	CONCLUSÃO.....	164
	REFERÊNCIAS.....	169
	APENDICES.....	188
	ANEXO.....	195

APRESENTAÇÃO

Esta tese é resultado de vivências profissionais e acadêmicas relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da gestão. Está inserida no projeto “Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade 2” – Processo FAPESP 2012/24250-3, sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves. Foi elaborada com base no referencial teórico-metodológico da avaliação em saúde utilizando a condição traçadora de resultados, segundo a proposta de Kessner et al. (1992), na perspectiva do acesso e da integralidade em saúde. A tese visa avaliar as ações de atenção dos agravos cardiovasculares em uma região de saúde na perspectiva do acesso e da integralidade nos diferentes níveis de atenção.

O cenário de estudo foi a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS-XV) de São José do Rio Preto, órgão representante da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), localizado na região noroeste do estado de São Paulo, escolhido por ser uma região de saúde com altas taxas de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no SUS (SALA, 2011), o que evidencia a significativa necessidade de recursos tecnológicos, financeiros, materiais, capital humano e de gestão eficiente que esse grupo de agravos requer, em especial, nessa região de saúde.

De maneira geral, a tese está organizada em introdução, revisão de literatura, justificativa, objetivos, referencial teórico e metodológico, material e métodos, resultados e discussão e conclusão.

Na introdução, buscou-se, primeiramente, resgatar alguns conceitos do sistema de saúde brasileiro a partir da criação do SUS, contextualizando a regionalização utilizando modelos de atenção, políticas e legislação em saúde.

Na revisão de literatura, dois temas foram abordados: agravos cardiovasculares e acesso em saúde. A magnitude dos agravos cardiovasculares na rede de atenção foi discutida a partir de dados epidemiológicos; o acesso em saúde foi analisado sob a percepção de autores consagrados, destacando-se a releitura do modelo de Assis e Jesus (2012) em relação às dimensões do acesso propostas por Giovanella e Fleury (1995), adotado como referencial teórico em termos de acesso para esta tese.

A justificativa contempla a relevância do estudo, hipóteses, pressupostos e pergunta de pesquisa. Os objetivos estão divididos em geral e específicos.

No item referencial teórico e metodológico abordou-se alguns conceitos teóricos à luz de autores relevantes na temática da avaliação em saúde, discutindo-se também o referencial teórico–metodológico adotado (KESSNER et al., 1973) e a relevância da avaliação para os sistemas de saúde.

Em material e método descreve-se todo o percurso metodológico, tanto para a abordagem quantitativa quanto para a qualitativa. Os resultados e discussão são apresentados considerando-se a abordagem mista utilizada. O foco de discussão foram os aspectos que favorecem o acesso a atenção cardiovascular, bem como a organização da rede para melhoria do acesso.

Ao fim, conclui-se que a condição traçadora apresenta-se como uma estratégia metodológica pertinente para a avaliação do acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde em âmbito regional.

O presente estudo contou com auxílio financeiro (bolsa de doutorado) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breve histórico sobre o SUS: princípios, diretrizes e contexto atual

A história do sistema de saúde brasileiro foi marcada pela adoção de diversas formas de organização das práticas e de modelos de atenção à saúde, possui intrínseca relação com as transformações dos conceitos de saúde-doença, com a organização e disponibilidade de tecnologias e estratégias de intervenção, bem como de escolhas políticas e éticas a cada época (FERTONANI et al., 2015).

Antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro era muito segmentado e o acesso aos serviços restrito a alguns grupos populacionais, o que deixava grande parte da população com limitações relevantes, à margem do cuidado. Assim, em um contexto de empoderamento da população ocorrido durante o processo de redemocratização do país, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi precedida por uma luta político-social que pregava a construção de um sistema de saúde de caráter público, com acesso universal e financiado por impostos gerais (SILVA, 2013).

Nesse contexto, o SUS foi concebido como uma política pública prevista na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1989), marcou a transição de um sistema excludente, fragmentado e dicotômico para um sistema de saúde concebido como direito de cidadania, que estabelece o reordenamento dos serviços e ações de saúde, embasado em princípios doutrinários e diretrizes organizativas.

Os princípios doutrinários foram concebidos como eixos centrais para construção desse novo sistema, de modo que a universalidade relacionava-se à construção do acesso para todos; a equidade exigia reconhecer que todos têm o direito à saúde, considerando e respeitando as diversidades entre pessoas e contextos; a integralidade buscava ‘o quê’ e ‘como’ fazer em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009; VIEGAS, PENNA, 2015).

Em relação à universalidade, pode-se afirmar que, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com acesso seletivo, focalizado e excludente, cuja limitação pode estar associada a fatores socioeconômicos, a barreiras geográficas e a necessidade de ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde, que causam enormes disparidades entre regiões e municípios

brasileiros (ASSIS; JESUS, 2012). A garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e sócio-culturais para a utilização dos serviços disponíveis (VIACAVA et al., 2012).

Dentre os princípios doutrinários, a integralidade vem sendo defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para a ruptura de valores tradicionais em saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas (VIEGAS, PENNA, 2015). Trata-se de princípio constitucional que, considerando as dimensões biológica, psicológica, cultural e social do indivíduo, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e necessidades no acesso ao cuidado e à rede de serviços (FRACOLLI et al., 2011).

No tocante à proposta organizativa, o SUS orienta-se pelas diretrizes de descentralização, incluindo a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, bem como do controle social, compreendido à luz da participação social, a resolubilidade da atenção e complementaridade do setor privado (BRASIL, 1989).

A regionalização foi considerada premissa básica para a ampliação do acesso, a bandeira de luta do SUS. Trata-se do alicerce necessário para superar a fragmentação social, territorial e de comando até então vigentes, sendo uma estratégia organizativa para favorecer a eficiência e escala necessárias à oferta de alguns bens e serviços (DUARTE et al., 2015). Nesse sentido, Ferreira et al. (2011) referem que o sucesso da descentralização relaciona-se a uma efetiva regionalização, na medida que colabora para a organização do sistema bem como para racionalização do uso de recursos necessários para o cuidado em saúde.

Muito embora a regionalização seja um processo de implantação falho no Brasil, considera-se que possa interferir positivamente na efetivação do acesso à saúde, uma vez que permite observar os determinantes de saúde no território; projetar necessidades de organização dos serviços de forma adequada; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica, com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis; otimizar capital humano e tecnológicos; disponibilizando recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012).

Para Starfield (2002), a regionalização requer vínculo consistente entre as esferas de atenção e de gestão do sistema de saúde. Trata-se de um processo de integração e organização das ações e serviços de saúde, para alcance da

integralidade (FERREIRA et al., 2011).

O Decreto Presidencial nº 7508/11, que regulamentou a Lei 8080/90, instituiu, legalmente, a política de atendimento em rede, definiu regiões de saúde e redes de atenção, estabeleceu e consolidou o modelo de atenção regional com serviços complementares para ampliar os benefícios aos usuários do sistema (BRASIL, 2011), ratificou e fortaleceu os princípios doutrinários da universalidade e equidade do acesso, assim como da integralidade da atenção.

Nesse contexto, as redes de atenção à saúde são entendidas como um conjunto de serviços de saúde articulados entre si, em um espaço territorial delimitado, com uma lógica solidária de atenção compartilhada (FERREIRA et al., 2011).

Atualmente, inúmeros mecanismos e instrumentos favorecem a implementação da regionalização, tais como as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), os Comitês Gestores das Redes de Atenção à Saúde (CGRedes), os Grupos Condutores, etc...(DUARTE et al., 2015).

O sistema de saúde caminha de maneira dinâmica e, muitas vezes, desarticulada dos preceitos constitucionalmente estabelecidos. A consolidação e manutenção do SUS é alvo de disputas pelo poder decisório e também de interesses mercantilistas que vão na contramão da universalização do acesso. Assim, pode-se concluir que, embora exista um aparato legal para normatização dos direitos de cidadania no que se refere ao acesso e a integralidade, bem como às estratégias organizacionais para alcance desses direitos, muito se tem a caminhar no sentido de que os conceitos teóricos e emblemáticos do SUS se aproximem da prática dos cenários.

1.2 Contextualizando a Temática: regionalização em saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocupando, desde a sua enunciação como política para a reorganização da atenção à saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), *status* estratégico para os sistemas de saúde. Se, em um primeiro momento, foi pensada para sociedades com níveis de desenvolvimento menos elevados, com programas focalizados que ofertavam cestas

reduzidas de serviços, atualmente é assumida como o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde para muitos países desenvolvidos (CECÍLIO et al., 2012; CONNIL, 2008).

As mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população trazem implicações para os sistemas de saúde e requerem uma organização para readequação da atenção. Além disso, tem-se também o intenso processo de envelhecimento populacional e o aumento da longevidade também está associado ao aumento de doenças crônicas (BENGOA, 2012).

As doenças crônicas têm grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados e causam muitas mortes prematuras. Os países pobres são os mais afetados com as repercussões dessas doenças, pois apenas 20% das mortes por doenças crônicas acontecem em países de alta renda, enquanto que 80% delas acontecem em países de renda baixa e média, onde vive a maioria da população do mundo (GOULART, 2011).

No Brasil, país em que se observa rápido envelhecimento populacional associado a uma agenda não concluída no controle de doenças transmissíveis e ao forte crescimento das causas externas, torna-se necessária a organização de um sistema de saúde voltado para atender tanto às condições agudas quanto às crônicas, pressupondo rede horizontal e integrada de pontos de atenção à saúde, de modo que a APS ocupe o papel central e coordenador para a integração entre os elementos da rede de atenção (LAVRAS, 2011).

Na Europa, há uma forte tendência à constituição de redes regionais de atenção, com o fortalecimento da atenção primária à saúde para o desempenho das funções de porta de entrada e coordenação da atenção, bem como de reversão de modelos hospitalocêntricos e de fragmentação do sistema encontrados em alguns países (ERSKINE, 2006).

No contexto mundial, a idéia de regionalização de serviços de saúde não é nova, surgiu no Reino Unido, na segunda metade do século XX, com a proposta feita pelo Relatório Dawson (SILVA, 2013), cujo objetivo de promover saúde só poderia ser alcançado por meio de uma nova organização, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Posteriormente, países europeus e Canadá desenvolveram processos de regionalização que possibilitaram a organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, ao contrário do ocorrido

na América Latina, cujo processo de descentralização contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012).

O processo de regionalização pode ser relacionado a duas ações principais. A primeira trata da necessidade de organizar/integrar serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes e a segunda diz respeito ao âmbito territorial, ou criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas da população que vive em determinado espaço e tempo (DUARTE et al., 2015).

No Brasil, as tentativas de regionalização datam da implantação do SUS e, dadas as dificuldades para sua efetivação, inúmeras normativas foram implementadas.

A primeira tentativa ocorreu com a aprovação de normas que operacionalizaram a transferência da gestão centralizada para as outras esferas, as Normas Operacionais Básicas, NOB 93 e NOB 96, que propuseram formas ascendentes de municipalização e instituíram incentivos para que os municípios assumissem esse papel (SILVA, 2013).

Uma segunda tentativa ocorreu com a implementação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS 2001 e NOAS 2002, que propunham a regionalização dos serviços de saúde visando à integralidade e complementaridade da atenção em saúde, por meio de instrumentos de Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os distintos gestores do sistema, com base na identificação das necessidades de saúde, com o objetivo de aumentar a resolubilidade do SUS (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Em uma terceira tentativa publicou-se o Pacto pela Saúde, em 2006, com o objetivo de estabelecer prioridades a serem enfrentadas em todas as regiões do país e criando Colegiados de Gestão Regional (CGR), instâncias em que se tinha a expectativa de construir arranjos mais adequados para o planejamento regional (SILVA, 2013).

A quarta e atual tentativa deu-se a partir da publicação da Portaria n.º 4.279/10, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010) e do Decreto 7508/11 (BRASIL, 2011), para aperfeiçoar o planejamento intergovernamental na efetivação de redes regionalizadas e integradas (SILVA, 2013).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos

de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2010).

As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: população e as regiões de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A população de responsabilidade das RAS deve ser adstrita, sendo cadastrada em subpopulações ou regiões de saúde e posteriormente registrada em sistemas de informação potentes (MENDES, 2015).

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco elementos: a APS que corresponde ao centro de comunicações; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e sistemas de informação); os sistemas logísticos (registro eletrônico, sistemas de acesso regulado e sistemas de transporte); e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, sendo diferenciados em modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que devem ser manejadas de forma episódica, reativa e exige tempo de resposta oportuno. As condições crônicas são as de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada, podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas. Um grande problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo do atendimento aos eventos agudos (MENDES, 2015).

A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (SILVA, 2011).

As redes de atenção imprimem maior racionalidade à estrutura preconizada para o SUS, contribuem para a superação da fragmentação, respeitam as diversidades regionais e envolvem necessariamente a articulação de serviços (pontos de atenção/unidades funcionais) sob gestão de instâncias representativas

de diferentes entes federativos, favorecendo o acesso e a integralidade (LAVRAS, 2011).

Cabe ressaltar que, mesmo que haja evidências sobre os benefícios da regionalização para a efetivação do acesso, e com todo o arcabouço jurídico favorável, a fragmentação dos serviços ainda é uma realidade e alguns desafios estão postos ao processo de regionalização no Brasil.

Lima e Viana (2011) apontam algumas dificuldades da regionalização, como, por exemplo, institucionalizar a rede de programas e serviços, respeitando a diversidade territorial e superando as desigualdades; aumentar a participação da sociedade civil e garantir a regulação centralizada com manutenção da autonomia dos governos locais.

A regulação conduz as redes de referência, fluxo a ser percorrido pelo usuário, o pós-aterendimento, o acesso correto e oportuno no sistema. Problemas relacionados à efetivação do acesso à atenção primária desfazem toda a cadeia de referenciamento de usuários, trazem implicações para todos os níveis de atenção (BITTAR, 2015).

A concepção de redes de atenção requer garantia do acesso aos serviços de saúde desde a atenção básica até as intervenções de alta densidade tecnológica, realizadas em nível ambulatorial e/ou hospitalar, no âmbito local e regional. Acredita-se que a expansão do acesso aos serviços diagnósticos tenha implicações tanto para o cuidado do usuário quanto também para o próprio sistema de saúde, reflete não apenas na adoção de medidas preventivas, de diagnóstico precoce e estabelecimento de terapêutica, mas também traz implicações para o perfil de utilização dos serviços de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O enfoque desta revisão de literatura se volta aos agravos cardiovasculares nas redes de atenção e também aos conceitos de acesso em saúde, considerando-se a relevância de ambos os assuntos para o desenvolvimento da tese. Para tanto, tornou-se necessário refletir inicialmente sobre a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis, em especial os agravos cardiovasculares, e suas implicações para os sistemas de saúde. Posteriormente, fez-se uma breve discussão sobre o acesso em saúde segundo a percepção de autores consagrados na literatura.

2.1 Agravos Cardiovasculares na Rede de Atenção

O avanço industrial e tecnológico da sociedade atual causou significativo impacto na saúde da população, trazendo implicações no perfil de morbimortalidade, com grande predomínio das doenças e mortes devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas as doenças cardiovasculares (GUIMARÃES et al., 2015).

Considerando que um dos principais problemas no sistema de saúde brasileiro é a desigualdade no acesso a serviços de atenção básica (MEDICI, 2011) e que o nível educacional e de informação são fatores importantes no acesso a saúde (SANCHEZ; CICONNELI, 2012), entende-se que a condição socio-econômica e de ensino pode potencializar o impacto das doenças cardiovasculares nos usuários.

Ademais, tem-se o crescente processo de envelhecimento da população, que, associado ao acesso inadequado aos serviços de saúde e cuidado de qualidade, incluindo o difícil acesso aos medicamentos essenciais, tornam esses agravos tão relevantes no contexto mundial, em especial nos países em desenvolvimento (GOULART, 2011).

Analisando-se o impacto de tais doenças no contexto mundial, pode-se afirmar que, de um total de 56 milhões de mortes que ocorreram no ano de 2012, 38 milhões ocorreram por DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares, responsáveis por 17,5 milhões de óbitos, ou seja, 46,2% das mortes por DCNT. Estima-se que, em 2030, 52 milhões de pessoas morrerão por DCNT (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os custos das DCNT são altos e crescentes, podem impactar a economia por meio de seus efeitos sobre a formação do capital familiar, sobre a produtividade e oferta de trabalho, sobre a educação dos indivíduos, além dos tratamentos muito onerosos, que acarretam a redução da participação na força de trabalho, no quantitativo de horas trabalhadas, na maior rotatividade de empregos e aposentadorias precoces, com o comprometimento dos salários. Além disso, os custos de DCNT impactam diretamente a educação, por exemplo, quando acarreta a morte de um dos pais, reduzindo a escolarização dos filhos (GOULART, 2011).

Embora as DCNT possam afetar todos os grupos populacionais, as maiores implicações são para a população de menor renda, que possui menor capacidade de lidar com as consequências financeiras desses agravos. As DCNT reduzem os ganhos familiares e a capacidade da família de sustentar e educar os filhos.

Ainda com relação aos gastos, é importante considerar outro dado relevante e que diz respeito às complicações das DCNT. O gasto com o tabagismo, por exemplo, contribui de forma marcante para a pobreza, sabendo-se que chega a superar os gastos com saúde e educação no âmbito familiar (GOULART, 2011).

Dada a magnitude do problema no contexto mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma reunião em 2011, que resultou em um plano global de enfrentamento das doenças crônicas, aprovado em maio de 2013, por mais de 190 países membros. Esse compromisso foi assumido pelo Brasil, que lançou o Plano Nacional de Enfrentamento de DCNT 2011-2022, contendo metas de redução da mortalidade e dos fatores de risco (MALTA, 2014).

No Brasil, as doenças crônicas são responsáveis por 72% da mortalidade, além de ser mais prevalentes entre as pessoas de baixa renda. O aumento da carga de DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária, da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool (MALTA, 2014).

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares são as principais causadoras de óbito. Segundo estudo publicado pela OMS, a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular cerebral são as duas principais causas de mortalidade em todo mundo, representando um total de 15 milhões de mortes em 2015. Essas doenças têm permanecido como as principais causas de morte global

nos últimos 15 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Figura 1 – As 10 principais causas de morte no mundo, 2015

FONTE: WHO, 2016.

Cabe esclarecer que, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID - 10, as doenças cardiovasculares (DCV) são agrupadas no capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório, da seguinte maneira: I00-I02 febre reumática aguda; I05-I09 doenças reumáticas crônicas do coração; I10-I15 doenças hipertensivas; I20-I25 doenças isquêmicas do coração; I26-I28 doenças cardíacas pulmonares e da circulação pulmonar; I30-I52 outras formas de doença do coração; I60-I69 doenças cerebrovasculares; I70-I79 doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; I80-I89 doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte; I95-I99 outros transtornos, e os não especificados do aparelho circulatório. Entende-se que essa abrangência do Capítulo IX do CID – 10 permite visualizar um amplo conjunto de doenças que

requerem ações e recursos específicos para seu enfrentamento (OMS, 2008).

No Brasil, as DCV são as principais causas de morte na população geral, sendo responsáveis por pelo menos 20% das mortes em nossa população com mais de 30 anos de idade (MANSUR, FAVARATO, 2016).

No ano de 2012, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 30% dos óbitos, seguidas das neoplasias e causas externas. A doença isquêmica do coração e a cerebrovascular estão entre as duas primeiras causas de morte para homens e mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos. Na faixa etária de 60 anos e mais, as duas primeiras causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (isquêmicas e cerebrovascular) e a diferença para a faixa etária de 40 a 59 anos é que os riscos foram consideravelmente maiores (BRASIL, 2014).

Em relação ao estado de São Paulo, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de mortalidade (29,6%), seguida das neoplasias (18,1%) e doenças do aparelho respiratório (12,7%). Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração (34,9%) e as doenças cerebrovasculares (26,7%) representam as principais causas no total e na distribuição por sexo, seguidas das doenças hipertensivas (9,5%) e todas as demais doenças do aparelho circulatório (28,9%). Com relação a idade e sexo, os homens adoecem mais cedo por doenças do aparelho circulatório, com coeficientes maiores a partir da faixa etária de 40 a 49 anos, o que pode expressar as diferenças na busca dos serviços de saúde entre homens e mulheres, além do atraso no estabelecimento de medidas terapêuticas oportunas (MENDES, 2014).

Analisando-se o histórico de óbitos no estado de São Paulo por capítulo do CID X entre os anos de 2000 a 2014, verifica-se que, no decorrer desses anos, houve predominância de óbitos relacionados ao capítulo IX (doenças do aparelho circulatório), seguidas dos capítulos II (neoplasias) e X (doenças do aparelho respiratório) (DATASUS, 2016). A figura que segue demonstra a magnitude da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no estado:

Figura 2 – Total de óbitos por capítulo do CID 10 nos anos de 2000 a 2014, no estado de São Paulo

FONTE: DATASUS, 2016.

A análise dos dados de mortalidade no estado de São Paulo nos últimos anos demonstra o impacto dos agravos cardiovasculares que ocupam a 1ª posição em relação à causa de óbitos no estado, seguido das neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

Os fatores de risco cardiovascular foram identificados pelo consagrado estudo de Framingham, que revelou a importância da hipertensão arterial, diabetes, níveis elevados de colesterol LDL, níveis baixos de colesterol HDL, tabagismo, história familiar, obesidade, sedentarismo, dentre outros (DAWBER, 1980). Mais recentemente, o estudo INTERHEART elencou nove fatores como de maior risco para o desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio, dentre eles a hipertensão arterial, além de relação ApoB/ApoA1 desfavorável, tabagismo, diabetes, obesidade abdominal, fatores psicossociais, consumo diário de frutas e vegetais, atividade física moderada ou extenuante e consumo de álcool (três ou mais vezes por semana) (COLÓSIMO et al., 2015; YUSUF et al., 2004).

Por se tratar de um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. O cuidado adequado aos usuários hipertensos, em todos os níveis de atenção, pode limitar o aparecimento de seqüelas e complicações, bem como pode reduzir os efeitos sociais e econômicos

adversos (SILVA, OLIVEIRA, PIERIN, 2016).

O sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) faz parte das ações do Ministério da Saúde para estruturar a vigilância das DCNT no país. Os dados relativos ao inquérito VIGITEL 2014 – evidenciaram frequência de diagnóstico prévio de hipertensão arterial de 24,1% da população adulta em 27 capitais (BRASIL, 2015).

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, o controle da doença ainda é um grande desafio no Brasil (SILVA, OLIVEIRA, PIERIN, 2016).

Estudo realizado no ano de 2013 em todo o território nacional identificou que 22,8% da população geral apresentavam pressão arterial acima dos limites de normalidade, chegando a 47,1% das pessoas com idade acima de 75 anos. Importante ressaltar também que, dos participantes que apresentaram alterações, apenas 43,2% referiam diagnóstico prévio de HAS, 81,4% dos que possuíam o diagnóstico relataram usar medicação e somente 69,6% foram ao médico no último ano para monitoramento da doença (MALTA et al., 2016).

A manutenção dos níveis tensionais elevados acarreta o comprometimento dos órgãos-alvo com complicações graves, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e falência renal, o que pode trazer grandes consequências em termos de custos para o sistema de saúde e qualidade de vida para a população (COLÓSIMO et al., 2015).

Nesse sentido, garantir a integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares, com a adoção de medidas que visem à prevenção dessas doenças, o aparecimento de seqüelas e complicações tem sido a grande meta a ser alcançada pelo SUS e um desafio para os gestores da saúde.

Estudos internacionais apontam que a instituição de políticas públicas de prevenção das DCV deve ser intensificada com o objetivo de restituir a tendência de queda da mortalidade. Isto porque os fatores ambientais, ocupacionais, comportamentais e metabólicos relacionam-se a quase 90% dos anos de vida ajustados por incapacidade e de mortes por DCV (FOROUZANFAR et. al., 2015).

A atenção humanizada pode promover a adesão ao tratamento dos usuários com doenças crônicas, uma vez que o modelo tradicional não tem favorecido o melhor controle dessas doenças e as complicações continuam a ocorrer de modo cada vez mais preocupante (GOMES VILLAS BOAS et al., 2012; PIERIN et

al., 2011). Assim, uma abordagem focada na promoção da saúde de usuários com DCNT deve incluir, dentre outros fatores, o empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento das suas doenças e dos seus riscos, favorecendo a autonomia (COLÓSIMO et al., 2015).

Em contrapartida, está em pauta a discussão acerca da necessidade da oferta e organização das ações de assistência à saúde serem delineadas, a partir do perfil epidemiológico de cada região. Nesse sentido, ganha destaque o planejamento de sistemas funcionais de saúde, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, construindo redes de atenção que favoreçam o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, favorecendo a resolubilidade e otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

Para Schmidt et al. (2011), o sistema de saúde brasileiro tem tido grandes avanços em relação às DCNT, entre eles a implantação de intervenções como o controle do tabaco e a ampla distribuição de medicamentos para doenças cardiovasculares. No entanto, os autores consideram que muito mais pode ser feito, principalmente no que se refere à prevenção dos fatores de risco, utilização de estratégias que envolvam aumento na discussão e no planejamento de estilos saudáveis de vida, bem como o fortalecimento do sistema de saúde para oferecer assistência mediante modelos de atenção às condições crônicas.

O Ministério da Saúde implantou a Rede de Atenção às Doenças Crônicas em uma perspectiva de constituição de sistemas locorregionais com vistas à integralidade da atenção. Nesse contexto, a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, instituiu, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a fim de realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013a).

A organização da rede de atenção a pessoas com doenças crônicas, em especial as portadoras de agravos cardiovasculares, pressupõe algumas mudanças de paradigma que são fundamentais para o cuidado, dentre elas, a mudança no modelo de atenção, que deve ter a atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, bem como a existência de pontos de atenção ambulatorial especializada e hospitalar de maneira complementar. A organização do processo de

cuidado deve ser centrada no acolhimento, cuidado focado na pessoa e na família, cuidado continuado com atenção programada, atenção multiprofissional, adoção de projeto terapêutico singular, regulação da rede de atenção, adoção de apoio matricial, promoção do autocuidado dos usuários, implantação de linhas de cuidado e diretrizes clínicas, com estratificação de risco dos usuários e educação continuada para os profissionais (BRASIL, 2013b).

Os agravos cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública no Brasil e requerem a organização do sistema de saúde na perspectiva de redes de atenção que possam atender integralmente às necessidades de saúde dos usuários. Torna-se, assim, fundamental o conhecimento e discussão acerca das ações de atenção de média e alta complexidade, com objetivo de implementar medidas em complementação da atenção básica, garantindo que o sistema público de saúde atenda integralmente a população.

Particularmente, no tocante à atenção cardiovascular, ainda está vigente a Portaria 1.169/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular (BRASIL, 2004a). Ou seja, ainda que esteja na ordem do dia a instituição de redes de atenção na perspectiva da integralidade em cardiologia, ainda há ênfase à atenção de alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade tem como princípios atender integralmente aos portadores de patologias cardiovasculares no SUS, organizar a assistência em serviços hierarquizados e regionalizados, garantir a assistência nos vários níveis de complexidade, instituir uma nova conformação nas redes estaduais de atenção em alta complexidade cardiovascular, atualizar o sistema de credenciamento, aperfeiçoar o sistema de informação e estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada (PINTO JUNIOR; FRAGA; FREITAS, 2012).

A Política de Alta Complexidade em Cardiologia tem uma proposta de planejamento que, ao mesmo tempo, exerce regulação em relação à prestação de assistência, quando exige habilitação para os serviços atuarem, e aponta a necessidade de regulação do acesso a essa assistência, que é complexa, diferenciada e concentrada em alguns serviços de saúde (CHAVES et al., 2015).

Cabe consignar que, mesmo com um arcabouço teórico e jurídico

favorável à configuração das redes para atenção à saúde de qualquer condição ou agravo, a alta complexidade cardiovascular ainda permanece diferenciada nessa rede, sendo, inclusive, orientada por uma normatização específica, como se fosse composta por uma estrutura com ordenamento diverso dos demais pontos de atenção. Não por acaso, a Política de Alta Complexidade Cardiovascular possui ampla relação de hospitais credenciados, os quais “disputam” por valores de procedimentos diferenciados em relação aos padrões da tabela de valores paga pelo SUS.

Além da conformação dos serviços de alta complexidade, é desejável que os gestores dêem ênfase à prevenção primária e secundária para as doenças cardiovasculares, pois há muitas estratégias de intervenção consagradas que, se aplicadas como prioridade, já demonstraram produzir efeitos positivos no controle destas doenças. Estratégias de saúde pública, como as intervenções comunitárias, têm sido implantadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, como forma de enfrentamento das DCV a partir do enfoque de risco, a partir da mudança do modelo assistencial, fortalecendo os princípios da prevenção e da promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva da comunidade (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Para que haja uma análise mais efetiva do acesso aos serviços de saúde e do mecanismo de regulação, é necessário que se investigue e contemple todos os níveis de atenção à saúde, isto é, que se identifique, no processo de assistência, a trajetória dos usuários atendidos, caracterizando as ações peculiares em cada esfera de atenção (CHAVES et al., 2015).

Considerando-se a relevância do acesso em saúde para o desenvolvimento desta tese, o tópico seguinte abordará os principais referenciais adotados, para a construção do norte conceitual.

2.2 Acesso em Saúde

O conceito de acesso vem se transformando com o decorrer do tempo. As primeiras análises, datadas da década de 1970, sugeriam forte relação com o aspecto geográfico e financeiro. Recentemente, outros aspectos passaram a ser

implicados a este conceito, como os aspectos cultural, educacional, socioeconômico e aceitabilidade dos usuários (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Nesse sentido, o acesso pode ser entendido como uma construção social, uma vez que pode sofrer influências do contexto no qual o indivíduo se insere e que determina as necessidades em saúde (BARBIANI et al, 2014; PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Thiede e McIntyre (2008) acreditam que o acesso está associado à possibilidade de uso pelo indivíduo e ao seu empoderamento para escolha. Fatores como a existência de um serviço ao alcance do indivíduo, cordialidade com o usuário, sistemas de marcação e conveniência de horários, capacidade do usuário em arcar com os custos da assistência, modelo de financiamento do sistema de saúde e os fatores subjetivos, sociais e culturais também possuem relação intrínseca com o acesso.

Starfield (2002) distingue os termos acesso e acessibilidade. Para essa autora, a acessibilidade refere-se a características da oferta, que pode ser influenciada pela ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que impactam na obtenção e/ou continuidade do cuidado. Já o acesso refere-se à forma como as pessoas percebem a acessibilidade. A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta ou não a decisão de procurá-los.

Alguns autores, como Donabedian (1990), empregam o substantivo acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, ou ainda, as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

Para Unglert (1990), a acessibilidade dos serviços de saúde deve ser garantida do ponto de vista geográfico, por meio do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

É consenso entre autores consagrados que o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde, embora seja um pré-requisito para a qualidade e eficiência dessa assistência.

Com a implantação do SUS, o Brasil teve grande avanço na garantia legal

do direito à saúde, porém, para garantir a atenção integral e de qualidade para todos, faz-se necessária também a implementação de melhorias técnicas, administrativas, de ensino e capacitação de pessoal, bem como de mecanismos inovadores de financiamento e acompanhamento que busquem a qualidade, a produtividade e a eficiência (BITTAR et al., 2016). Por meio de uma rede interfederativa de serviços públicos de saúde, o Estado brasileiro oferece à população o acesso às ações e serviços voltados à efetivação do direito de cidadania (ALTH et al., 2014).

No âmbito do SUS o acesso pode ser entendido como um preceito constitucional que deve estar disponível em todos os níveis de atenção, desde a porta de entrada, representada pelos serviços de atenção primária à saúde, até os serviços de atenção especializada e hospitalar (BARBIANI et al, 2014).

O princípio da universalidade diz respeito ao direito à saúde e ao dever do Estado de zelar sobre esse direito, providenciando ações de cuidado e serviços de saúde que o garanta (BRASIL, 1989). Contudo, apesar da garantia legal, ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso oportuno e com qualidade aos serviços de saúde possibilita melhoria na vida das pessoas, na medida em que, ao obter acesso aos serviços, o usuário tem suas demandas e necessidades atendidas ou minimizadas. As desigualdades de acesso constituem-se, portanto, como um dos principais desafios a serem enfrentados para que o sistema de saúde brasileiro seja resolutivo, conforme os princípios estabelecidos e as diretrizes orientadoras (ASSIS et al., 2015).

O acesso aos serviços de saúde envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos; suas estruturas alicerçam-se no princípio da equidade, no estabelecimento de estratégias para a universalização da atenção, a partir da regionalização, hierarquização e participação popular (ASSIS; JESUS, 2012).

Uma vez assegurado na Carta Magna e sendo conquistado como um direito de cidadania, o acesso aos serviços de saúde é a primeira resposta que deve ser dada pelo sistema, quando da sua busca pelo usuário. Esta resposta requer a implantação de estruturas sólidas de gestão como o planejamento, o controle, a regulação e a avaliação da assistência.

A possibilidade de ampliar o enfoque territorial no planejamento governamental e integrar políticas setoriais tende a fortalecer a regionalização e superar entraves ao acesso aos serviços de saúde no Brasil (LIMA et al., 2012).

Hortale et al. (2000) admitem a hipótese de que se o sistema de saúde é descentralizado, pode permitir maior acesso dos usuários. A concepção de redes de atenção deve ser discutida e articulada por todos os envolvidos no processo de assistência, em todos os seus níveis, integrando-os de forma lógica e articulando os diversos serviços.

Entretanto, para Silva (2013), o subfinanciamento público inviabiliza a manutenção de um sistema universal como o brasileiro; a formação mercadológica dos profissionais de saúde no Brasil, que não condiz com a proposta política do SUS e o modelo de gestão ineficiente, deveria promover a eficiência, premiando a produtividade com qualidade, ordenando a incorporação de tecnologia e promovendo a boa governança.

A experiência internacional sugere que, em países desenvolvidos, a descentralização articulou-se a processos de regionalização, possibilitando a organização de redes de atenção, uma estratégia inovadora para melhoria do acesso em saúde. A implementação de redes de atenção favorece o acesso, uma vez que permite observar os determinantes sociais de saúde no modo como se expressam no território; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização; utilizar melhor o capital humano e tecnológicos e disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012).

O conceito de integralidade também remete à ideia de redes assistenciais, integração de serviços e interdependência, uma vez que nenhum serviço de saúde ou categoria profissional dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para atender às necessidades de saúde de uma população ao longo do ciclo vital. Assim, torna-se indispensável desenvolver uma gestão eficiente dos recursos, na perspectiva de ampliar as oportunidades de cuidado adequado para alcance do acesso integral (HARTZ; CONTANDRIOPOULUS, 2004).

Estudo recente que teve como objetivo estimar a desigualdade no uso de serviços de saúde identificou que a utilização segundo classes de renda familiar é desigual e a favor dos mais ricos. O fator que mais contribui para esse fato é a posse

de plano suplementar de saúde. A Estratégia de Saúde da Família contribui para diminuir essa concentração, porém seu impacto ainda é modesto se comparado com o efeito concentrador de cobertura suplementar (POLITI, 2014).

Para Travassos e Martins (2004), os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como fatores relacionados: à necessidade de saúde; aos usuários; aos prestadores de serviços, à organização do sistema e à política de saúde.

Uma das implicações das dificuldades e limitações do acesso na atualidade é a judicialização da saúde (CHIEFFI, BARATA, 2009; LEITÃO et al., 2014; WANG, FERRAZ, 2013). Este fenômeno compreende a provocação e a atuação do poder judiciário em prol da efetivação da assistência médica e/ou farmacêutica, de modo que o executivo seja obrigado, por vias jurisdicionais, a prestar indiscriminadamente atendimento médico e assistência farmacêutica (LEITÃO et al., 2014).

Estudos recentes indicam que a judicialização no Brasil concentra-se amplamente em estados, municípios e bairros com indicadores socioeconômicos altos e, conseqüentemente, com condições de saúde relativamente melhores. Alguns estudos mostram que grande parcela dos gastos do governo com judicialização diz respeito a tratamentos individuais, em geral medicamentos importados e, em sua maioria, caros, para tratar condições não prioritárias para a maioria da população atendida pelo sistema público de saúde (CHIEFFI, BARATA, 2009; WANG, FERRAZ, 2013)

É fato que a constituição brasileira fundamenta-se em aspectos como cidadania, dignidade e soberania popular. O direito à saúde insere-se no contexto dos direitos sociais, sendo um dos direitos mais difíceis de proteção, especialmente quando considerados os direitos civis e políticos (SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Considerando a complexidade relativa ao acesso, seu entendimento e repercussão para organização do sistema de saúde, disponibilização de recursos, ordenação do processo de trabalho em saúde, garantia de direito do usuário ao cuidado integral, dentre outros aspectos, julga-se pertinente o “olhar” para acesso e acessibilidade, seguindo pressupostos e dimensões propostas por alguns autores.

Em uma perspectiva voltada para a avaliação de serviços de saúde, Fekete (1997) descreveu as dimensões da acessibilidade como resultantes de uma

combinação de fatores de distintas dimensões, os quais podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

No tocante à dimensão geográfica, entende-se que esta deva ser medida em função do tempo que se consome para obter assistência à saúde; à organizacional, representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, que podem estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde; à sociocultural, que diz respeito à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência, tais como crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, etc; e à econômica, relacionada aos custos, tanto aqueles diretamente voltados para os cuidados de saúde, como por exemplo, compra de um medicamento ou pagamento por uma internação, como aqueles indiretos, voltados aos prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamentos, etc... (FEKETE, 1997).

Sanchez e Siconelli (2012) descrevem quatro dimensões de acesso à saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Disponibilidade refere-se à existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário; aceitabilidade é a dimensão menos tangível do acesso, compreendendo a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades; capacidade de pagamento compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos; informação é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) tomam como eixo de análise quatro dimensões explicativas do acesso: a política, a econômica, a técnica e a simbólica. A dimensão política considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde; a econômica diz respeito à relação entre oferta e demanda; a técnica exprime a planificação e organização da rede de serviços; a dimensão simbólica é relativa às representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

No tocante às dimensões específicas, Giovanella e Fleury (1995) descrevem disponibilidade como a relação entre os serviços existentes versus a quantidade de usuários e suas necessidades; acessibilidade como a relação entre a

distância da oferta e dos usuários, considerando-se os recursos necessários (transporte, tempo de deslocamento, custos); acomodação ou adequação funcional como a relação entre a maneira como a oferta está organizada para atender aos usuários e a capacidade dos usuários de se acomodar a esses fatores; capacidade financeira como os custos dos serviços; e, por fim, a aceitabilidade, que diz respeito tanto à percepção e às atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e às características dos serviços, quanto à aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários.

Jesus e Assis (2010) e Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury (1995), propuseram um modelo de análise do acesso a partir de um entendimento multidimensional do problema, levando em conta aspectos sociais e políticos. Nessa releitura, são propostas cinco dimensões de análise: política, econômico-social, técnica e simbólica, já propostas por Giovanella e Fleury (1995), e também uma nova dimensão, a organizacional.

Nessa releitura, os autores descrevem as características de cada dimensão para análise do acesso, sendo a dimensão política relacionada a fatores como pactuação entre as instâncias (municipal e estadual), participação social, acompanhamento do processo e tomada de decisão; econômica-social, que diz respeito a investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade, barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas; organizacional, que compreende aspectos como porta de entrada, fluxo do atendimento, barreiras geográficas, regulação, referência/contrarreferência e avaliação; técnica, relacionada à integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competência/habilidade, autonomia, compromisso, projeto terapêutico compartilhado - equipe e usuário, qualidade da atenção; e simbólica, que compreende aspectos como processo saúde-doença, cultura, crenças, valores, subjetividade (ASSIS; JESUS, 2012).

É fato que o SUS e a ampliação da sua rede assistencial tenham melhorado o acesso da população aos serviços de saúde; contudo, ainda há uma discrepância entre a disponibilização de serviços por região do país, bem como de qualidade desses serviços.

Por fim, pode-se concluir que existem inúmeras definições e dimensões para o acesso em saúde. Há uma convergência entre os autores quanto à idéia de que o acesso tem como produto final o atendimento às necessidades de saúde dos usuários na perspectiva da integralidade e com resolubilidade.

Nesta tese, entende-se acesso como o produto final da atenção prestada em tempo oportuno, cuja demanda, oferta e/ou aceite pelo cuidado é influenciado por fatores políticos, econômicos-sociais, organizacionais e simbólicos. Optou-se, então, pela abordagem das dimensões propostas por Jesus e Assis (2012) em releitura de Giovanella e Fleury (1995).

A reformulação do sistema de saúde precisa considerar aspectos de necessidade de saúde da população, da oferta de serviços, além de ponderar, de modo abrangente, acerca de tecnologias e recursos necessários à atenção, buscando um equilíbrio entre aspectos epidemiológicos, técnicos e políticos na tomada de decisão sobre os rumos da política loco-regional de saúde. Nesse sentido, a avaliação constitui-se em ferramenta útil ao processo de gestão.

Avaliar mecanismos de articulação da atenção básica com os outros níveis do sistema de saúde permite identificar fragilidades e potencialidades das estratégias de integração adotadas, favorecendo a estruturação de mecanismos inovadores que contribuam para o fortalecimento da gestão do SUS, no tocante ao acesso e à integralidade.

A incidência das doenças cardiovasculares junto à população brasileira e o aporte de recursos tecnológicos, humanos, financeiros, materiais e programáticos para assistência a esse grupo específico de agravos representam expressiva parcela da atenção à saúde no SUS, associado à tendência ao aumento da incidência destas doenças em um futuro próximo, o que torna relevante a presente tese, principalmente em países com sistemas de saúde universalistas como o brasileiro.

As doenças cardiovasculares correspondem à importante demanda por cuidados, empregando significativo contingente de pessoal, recursos materiais e financeiros, justificando um olhar sistematizado para esse grupo de agravos, na perspectiva do acesso e da integralidade da atenção.

As doenças cardiovasculares apresentam etiologia, diagnóstico, terapêutica e prevenção bem definidos. Existe amplo conhecimento científico sobre os fatores causais, formas de detecção e tratamento, tem história natural sensível às intervenções terapêuticas e é objeto de um programa nacional para seu controle, atendendo, desse modo, a critérios definidos (KESSNER et al., 1992) para a seleção de um traçador para avaliação em saúde.

Diante do exposto, considerando-se a relevância dos agravos cardiovasculares no âmbito dessa região de saúde, bem como a necessidade de articulação da rede para atendimento do usuário, questiona-se: **A rede de atenção aos agravos cardiovasculares do DRS XV está articulada de modo a promover o acesso dos usuários, na perspectiva da integralidade?**

As hipóteses iniciais consideradas para a questão orientadora relacionavam-se não apenas aos achados na literatura geral, mas também ao

conhecimento prévio da região, sendo assim descritas:

1. A articulação das ações de atenção aos agravos cardiovasculares em diferentes serviços do sistema regional de saúde repercute no acesso e na integralidade da atenção;
2. O acesso aos níveis de maior densidade tecnológica é diferenciado nos casos de urgência e emergência.

Acredita-se que a importância da avaliação enquanto instrumento de gestão, a relevância da atenção aos agravos cardiovasculares nos sistemas de saúde, o reconhecimento da condição traçadora como estratégia metodológica viável para avaliação e a possibilidade de avançar na avaliação de sistema regional de saúde justificaram o desenvolvimento desta investigação. Além disso, as iniciativas implementadas no país visando à ampliação do acesso, na perspectiva da integralidade da atenção, convergem positivamente aos objetivos da análise realizada.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Avaliar as ações de atenção aos agravos cardiovasculares como traçadores de resultados da articulação dos diferentes níveis de atenção de um sistema regional de saúde, na perspectiva do acesso e da integralidade da atenção.

4.2 Objetivos Específicos

- - Analisar quantitativamente a produção de procedimentos relacionados à atenção aos agravos cardiovasculares no âmbito do sistema regional de saúde, a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS).
- - Analisar qualitativamente os fatores que facilitam o acesso dos usuários à rede regional de atenção aos agravos cardiovasculares, segundo a percepção de gestores e responsáveis pelo serviço de regulação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O enfoque do referencial teórico-metodológico desta tese se volta à avaliação em saúde, sob o ponto de vista de política pública, internacionalmente consagrada pelos seus benefícios relacionados à manutenção e operacionalização dos programas, serviços e sistemas de saúde.

Para tanto, julgou-se necessário refletir inicialmente sobre os aspectos teóricos e conceituais, breve histórico da avaliação, a função da avaliação para a gestão do SUS e a utilização da condição traçadora enquanto abordagem relevante para avaliação da atenção em saúde, na perspectiva do acesso e da integralidade da atenção.

5.1 Avaliação em Saúde: aspectos teóricos

A avaliação em saúde vem sendo estudada e discutida mundialmente, tendo como prioridade a transparência na gestão de recursos públicos e a reflexão dos resultados alcançados na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, em especial os de acesso universal (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

A necessidade de qualificação da assistência e planejamento do sistema de saúde trouxe implicações positivas para a realização da avaliação em programas e serviços de saúde. Indicadores de oferta, acesso e utilização são úteis para caracterizar os serviços, planejar ações e organizar a demanda a fim de contemplar as necessidades de saúde da população (DILÉLIO et al., 2014).

A avaliação pode ser entendida como um processo técnico e gerencial destinado à tomada de decisão, que envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos (CHAVES et al., 2015).

A avaliação afere quantitativa e qualitativamente uma dada situação, em determinado contexto. Avaliar pode ser controlar, monitorar, fiscalizar, ou auditar, sendo que cada um destes conceitos tem significado, oportunidade de uso e ferramenta metodológica específica. A utilização equivocada da avaliação leva a diagnósticos inadequados das condições de saúde (BITTAR, 2015).

A avaliação não pode ser considerada uma ciência ou área dela, mas um campo de aplicação de conhecimentos de várias áreas, utilizando múltiplos

conceitos e enfoques metodológicos que favorecem a ampliação da visão acerca do objeto avaliado (TANAKA; MELO, 2007).

Na gestão em saúde, a avaliação é necessária por estabelecer um olhar crítico e comparar o que está sendo feito ao que deveria estar acontecendo, para favorecer a busca por resultados desejáveis e assumir um papel de suporte ao processo decisório, além de auxiliar na identificação de fragilidades (CHAVES; TANAKA, 2012).

A avaliação é uma das funções básicas da gestão em saúde que, quando bem executada, pode evitar erros que contribuem para falhas evidentes e permanentes do sistema que prejudicam a obtenção dos resultados esperados (BITTAR, 2015).

No tocante aos aspectos históricos, a avaliação sistemática das intervenções sociais é uma atividade antiga, sendo realizada há mais de quatro mil anos por chineses como método de recrutamento de funcionários públicos. Na história moderna, inicia-se no século XVIII, na Grã-Bretanha e França, podendo ser dividida em quatro gerações de acumulação de conhecimento e abordagens distintas, em um processo de aprimoramento e evolução (CHAMPAGNE et al., 2011).

Guba e Lincoln (1989) dividem a história da avaliação em quatro gerações, em que a avaliação de primeira geração ou “da mensuração” pode ser compreendida como essencialmente normativa, limitada a um conjunto de medidas quantitativas e coleta sistemática de dados. Na avaliação de segunda geração ou “da descrição”, em que o enfoque estava na descrição do processo, o avaliador buscava também identificar de que modo os objetivos eram atingidos, identificando fragilidades e potencialidades das intervenções e fazendo recomendações. A expansão e institucionalização da avaliação caracterizam a avaliação de terceira geração, ou “do julgamento”, em que o avaliador foi comparado a um juiz, permitindo questionar os objetivos e abrangendo aspectos econômicos dos programas avaliados. Já na avaliação quarta geração, o avaliador assumia papel de moderador, sendo realizada de maneira responsiva, construtivista, participativa, concebida a partir processo de negociação entre os envolvidos na intervenção a ser avaliada (CHAMPAGNE et al., 2011; KANTORSKI et al., 2009).

É possível verificar, nos processos avaliativos em saúde, abordagens pertinentes a cada uma das quatro gerações de avaliação que, a depender do

contexto, podem ser adequadas. Destaca-se que, nos cenários dos serviços de saúde, as avaliações de quarta geração têm tido incremento face à sua ênfase participativa, pois permite a inclusão dos sujeitos implicados no processo (KANTORSKI et al., 2009).

De modo geral, pode-se dizer também que uma intervenção pode ser objeto de avaliação normativa ou pesquisa avaliativa. A avaliação normativa aborda cada um dos componentes da intervenção, considerando critérios, normas, em um processo de verificação de conformidades em relação a um padrão definido. A pesquisa avaliativa tem uma abordagem científica para analisar e compreender as relações de causalidade entre os elementos da intervenção (HARTZ; SILVA, 2014; SAMICO, 2010).

No âmbito da gestão, a avaliação pode ser aplicada com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão, uma responsabilidade formal do gestor. O processo avaliativo deve tornar viável a implementação de decisões que colaborem com a melhoria do funcionamento das organizações. Utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade constituem o conjunto de princípios que devem respaldar esse processo (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Importante salientar, entretanto, que embora a avaliação seja um pressuposto previsto desde a Norma Operacional Básica (NOB) 93 até o Pacto pela Saúde e Decreto 7508/11, essa ferramenta gerencial ainda não é utilizada em toda sua potencialidade, sendo pouco incorporada ao processo de trabalho cotidiano (CHAVES; TANAKA, 2012).

Para que os gestores possam cumprir sua responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, faz-se necessária a permanente disponibilidade de informações que os auxiliem na concepção e operacionalização das atividades de planejamento e no subsídio à tomada de decisões (BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011).

Para estruturar um processo avaliativo com capacidade para atingir os objetivos da avaliação para a gestão, é necessário que um conjunto de princípios seja levado em consideração, dentre eles a utilidade, a oportunidade, a factibilidade, a confiabilidade e direcionalidade (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Além disso, faz-se necessário selecionar atributos da prática, dos serviços, dos programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde que serão focados, tais como a disponibilidade e distribuição social dos recursos; o efeito das

ações; os custos e produtividade; a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente; as adequações das ações aos objetivos e problemas de saúde; os processos de implantação de ações e também as características relacionais entre os agentes das ações (HARTZ; SILVA, 2014).

Na construção do processo de avaliação, os critérios que devem ser levados em conta são: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado (NOVAES, 2000).

De maneira simplificada, pode-se afirmar que são três os principais aspectos a serem avaliados nos programas e serviços de saúde: qualidade, produtividade e custos. Contudo, a grande maioria das avaliações se restringe a medidas de produção, o que impede a disseminação de boas práticas que poderiam resultar em ampliação do atendimento, menores custos, melhoria da qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, benefícios para a qualidade de saúde e vida de seus usuários (BITTAR et al., 2016).

Aspectos relacionados ao contexto do processo avaliativo devem ser entendidos como elementos que podem ser explicativos e não como guias operacionais, esquemas fechados a serem seguidos rigorosamente.

Nessa perspectiva, propiciar a participação de diferentes atores sociais envolvidos na avaliação favorece o desenvolvimento de processo crítico e reflexivo sobre as práticas desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde, a fim de tornar a avaliação contínua e sistemática, mediada por relações de poder, constituindo função importante da gestão.

Embora existam diferentes atribuições para a avaliação, entende-se que ela deve contribuir para a tomada de decisão, tendo como compromisso a saúde dos usuários e reorganização das práticas de saúde. Logo, além de uma necessidade, é também um desafio, no sentido de que a sua institucionalização deve ocorrer dentro de um contexto político, econômico, social e profissional (CHAVES; TANAKA, 2012).

Desde 1998 o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da APS em conjunto com secretarias estaduais e municipais de saúde e com instituições de pesquisa a partir da institucionalização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (Pacto) (FIGUEIREDO et al., 2013).

A partir de então, outras alternativas institucionais, porém de menor visibilidade, foram a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) e Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (PROESF), que vinculam a disponibilização de recursos financeiros ao cumprimento de metas pactuadas (FELISBERTO, 2006).

Mais recentemente, o tema da qualidade na APS surgiu fortemente com a iniciativa do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços em saúde através de incentivos financeiros às equipes de saúde da família que pactuarem metas de qualidade (DILÉLIO et al., 2014).

No âmbito da atenção hospitalar, a partir de 1998, o MS desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. Em 2004 foram realizadas mudanças realizadas no PNASH, que passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde –. Tal reformulação visava medir o desempenho das instituições hospitalares vinculadas ao SUS de maneira formal e contínua, vinculada ao repasse de recursos (BRASIL, 2007).

Em curso desde 2011, há também a proposta do programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde, com a publicação do índice de qualidade do SUS (ID-SUS) (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013; VIACAVA, 2012).

Pode-se afirmar que a avaliação constitui-se em ferramenta útil ao processo de gestão, caracterizando-se como demanda emergente e imprescindível no SUS, fato que já ocorre em países desenvolvidos, que se empenham para institucionalizar a prática da avaliação, objetivando a melhoria dos seus sistemas de atenção à saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Sob esse aspecto, há que se ressaltar também a importância da avaliação na viabilidade dos sistemas universais de saúde, que atualmente vivenciam uma crise econômica e de sustentabilidade. As repercussões das políticas de austeridade

fiscal sobre os sistemas de saúde já podem ser observadas e estão impactando negativamente no acesso aos serviços de saúde e no estado de saúde da população, observando-se incremento de suicídios, homicídios, transtornos mentais e abuso de drogas (GIOVANNELA; STEGMÜLLER, 2014).

Nesse contexto, destaca-se a importância das estratégias de monitoramento e avaliação para acompanhar o desempenho dos serviços em relação às prioridades e intervenções e a adesão da população aos cuidados de saúde (DILÉLIO et al., 2014).

Pode-se concluir, portanto, que existem inúmeras definições e atribuições para a avaliação em saúde, com uma convergência para a idéia central de que avaliação é uma atividade que tem como produto final o estabelecimento de juízo de valor e, ainda, que pode contribuir com a tomada de decisão, com a melhoria das intervenções, com a eficiência na distribuição de recursos, com a manutenção dos sistemas e serviços de saúde e com o cuidado em saúde.

A capacidade de gestão de municípios, regiões e estados brasileiros pode influenciar nos resultados da atenção prestada, sendo notória a discrepância de formação e capacitação dos profissionais que atuam na gestão e no planejamento em saúde. Da mesma forma, há enormes vazios estruturais, bem como de organização eficiente do sistema de saúde, constituindo-se, dentre outros, em importantes desafios a serem superados para o avanço do SUS no que se refere ao acesso universal, na perspectiva da integralidade.

Nessa, perspectiva, utilizar a avaliação em saúde como opção metodológica contribui não apenas para o aprofundamento dessa atividade no âmbito acadêmico, de maneira científica, mas também para potencializar o uso da avaliação para aqueles que atuam no SUS e podem utilizá-la como ferramenta de gestão.

5.2 Avaliação em Saúde: uma opção metodológica

A avaliação em saúde é um potente instrumento para a gestão de sistemas de saúde. O desafio está em identificar as singularidades, avaliar as potencialidades e as fragilidades, de modo a cooperar e apoiar a gestão,

possibilitando proposições que contribuam com a melhoria do cuidado.

Do ponto de vista conceitual, a gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Desse modo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitam conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A utilização de traçadores é considerada uma das abordagens mais úteis para avaliação da atenção em saúde por permitir a análise horizontal e sequencial do atendimento prestado, possibilitar a avaliação de serviços de saúde de forma integral, permitir a avaliação de serviços de saúde de forma holística, sendo, inclusive, utilizada nos mais diversificados contextos, ou seja, tanto pela Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, nos Estados Unidos, como por países subdesenvolvidos (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Os traçadores constituem-se em um referencial utilizado na avaliação da qualidade e acesso a um serviço ou rede de saúde. São definidos como *“uma atividade típica do sistema de saúde que possa ser utilizada como preditor da qualidade da atenção”* (KESSNER et al., 1973).

Para Penna (1995), a utilização de um traçador pode gerar dados de fácil compreensão, capazes de retroalimentar o sistema de prestação de serviços de saúde. A partir da avaliação da atenção a um grupo de condições/patologias, pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral.

A utilização da condição traçadora ou marcadora teve suas origens nas ciências biológicas e estudos clínicos, em especial na área da endocrinologia. Nesses estudos, traçadores ou marcadores radioativos eram utilizados para avaliar a situação de um determinado órgão, tanto do ponto de vista anatômico quanto funcional (SAMICO et al., 2010). Fazendo uma analogia a esses estudos, Kessner et al., em seu clássico artigo de 1973, propuseram a utilização de traçadores para a avaliação de agravos em saúde, entendendo que a maneira como uma determinada condição de saúde é administrada traria elementos para avaliar a qualidade geral do cuidado e do sistema que fornece o cuidado.

A técnica leva em consideração tanto o processo quanto o resultado da atenção à saúde; contudo, exige a adoção de alguns critérios para a seleção de condições que possam ser consideradas traçadoras ou marcadoras, a saber: ser

bem definida e delimitada; ter considerável relevância e causar impacto significativo na saúde; ter altas taxas de prevalência/incidência, de modo a permitir uma coleta de dados adequada; a história natural da condição deve ser sensível à intervenção dos serviços de saúde e à qualidade desta intervenção; as técnicas de intervenção sobre a condição devem ser bem definidas ao menos para uma das seguintes dimensões: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação; os efeitos de fatores não médicos na condição traçadora devem ser compreendidos (KESSNER et al., 1973).

Essas condições são indicadas para abordar a avaliação da qualidade da assistência e problemas complexos do sistema, podendo produzir informações simples, mas ao mesmo tempo de extrema importância para o entendimento do sistema de prestação de serviços de saúde (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008), sendo muito indicadas para a realização de estudos avaliativos que tenham como objetivo a avaliação de políticas, programas e sistemas de saúde.

Nessa perspectiva, considerando os serviços de saúde como uma intervenção, a técnica em questão é adaptada para avaliação de políticas, programas e sistemas de saúde, sendo que a seleção de traçadores ou marcadores não precisam necessariamente ser “agravos”, desde que possam refletir o funcionamento e a qualidade dessas intervenções (SAMICO et al., 2010).

O conceito de condição traçadora considera o enfoque a agravos de saúde que são utilizados para avaliar a qualidade dos serviços, em uma perspectiva sequencial, relacional e não isolada dos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde. Desse modo, mostra-se uma possibilidade para a avaliação da integralidade, articulando múltiplos pontos de atenção à saúde e a integração dos diferentes serviços (CHAVES et al., 2017).

É possível identificar na literatura científica a utilização de condição traçadora com foco em agravos respiratórios e cardiovasculares, programas de saúde mental e voltados para o cuidado do adulto e idoso, destacando-se diretrizes para o cuidado da hipertensão arterial e diabetes mellitus, saúde da mulher, em especial o câncer de colo uterino, evidenciando a versatilidade dessa abordagem para a avaliação em saúde, assim como outros enfoques possíveis a depender da análise de contexto para atendimento dos critérios de eleição determinantes da condição traçadora.

Entende-se que a utilização de traçadores mostra-se como uma estratégia

metodológica adequada para a avaliação da articulação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

No emprego da condição traçadora tem-se como desafio a seleção do agravo. A magnitude e relevância do problema, no contexto regional, são importantes para sua eleição e posterior qualificação como condição traçadora. No contexto dessa tese, os agravos cardiovasculares atendem aos critérios, conforme caracterizado no quadro que segue:

Quadro 1 - Características dos agravos cardiovasculares para qualificação como condição traçadora, segundo os critérios elencados por Kesnner et al (1973).

Crítérios	Características dos Agravos Cardiovasculares
Ter um efeito funcional definido	As implicações decorrentes desses agravos trazem custos para os indivíduos (hospitalização, “sequela”, morte) e também para o sistema de saúde (capital humano, materiais e financeiros).
Ser de fácil diagnóstico	Os agravos cardiovasculares correspondem a um rol de doenças de fácil definição/diagnóstico.
Altas taxas de prevalência/incidência	Estão entre as principais causas de morbi-mortalidade no mundo e também no Brasil.
História natural sensível à intervenção médica	Os agravos cardiovasculares possuem história natural sensíveis à intervenções disponíveis em serviços públicos de saúde.
Os agravos cardiovasculares possuem história natural sensíveis à intervenções disponíveis em serviços públicos de saúde.	Todas as dimensões (prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação) são bem definidas em relação a esses agravos
Sofrer efeitos conhecidos de fatores não médicos.	A compreensão dos fatores não médicos (em especial os hábitos de vida) é amplamente compreendida.

Fonte: CHAVES et al., 2017.

Respeitando os critérios propostos para a seleção de traçadores e buscando valorizar atividades de grande cobertura com ênfase na integralidade e no acesso, o foco deste estudo são as ações de atenção em agravos cardiovasculares.

Para finalizar, entende-se que a avaliação pode ser considerada um referencial teórico e/ou metodológico, a depender da utilização e/ou momento em que será utilizada. Para exemplificar, pode-se dizer que, para subsidiar a gestão em

saúde, a avaliação pode ser entendida como um referencial teórico, com implicações factíveis para a tomada de decisão. Quando relacionada à maneira de conduzir ou pensar um estudo, a avaliação pode ser entendida como um referencial metodológico, como um percurso ou método a ser seguido.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa, com base no método misto sequencial, utilizando dados quantitativos e, posteriormente, dados qualitativos.

A pesquisa de métodos mistos, com a utilização de abordagens quantitativas e qualitativas, vem ganhando popularidade na área de avaliação, dada a legitimidade percebida em ambos os enfoques (CRESWELL, 2010).

O método misto sequencial é aquele em que os achados de uma abordagem podem ser expandidos com a utilização de outra. Assim, quando a pesquisa se inicia com o enfoque quantitativo, em que uma teoria ou conceito é testada, o enfoque qualitativo pode proporcionar a exploração mais pormenorizada do caso (CRESWELL, 2010).

A tipologia escolhida foi um estudo descritivo, desenvolvido em duas fases: a primeira trata de uma pesquisa documental, quantitativa e a segunda, realizada a partir da coleta de dados primários, de abordagem qualitativa. Entende-se que desta maneira foi possível ampliar a apreensão do objeto de estudo considerando os significados atribuídos pelos participantes dentro de um determinado contexto.

A utilização da abordagem qualitativa em estudos avaliativos busca compreender o significado e as relações expressas em dado contexto. Na coleta de dados, é importante a representatividade dos mesmos, sendo possível utilizar amostra intencional, selecionada com base no critério de representatividade dentro do contexto em que se realiza a avaliação (TANAKA; MELO, 2001).

No tocante à avaliação de políticas, programas e sistemas públicos de saúde no cenário brasileiro, acredita-se ser mais vantajoso iniciar o processo por meio de abordagem quantitativa utilizando sistemas de informação, disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que são bastante abrangentes, de domínio público, com dados incluindo eventos vitais, epidemiológicos, assistenciais, sociais, de regulação, financeiros, de gestão, ambulatoriais e hospitalares (CHAVES et al., 2014).

6.2 Campo de Estudo

O presente estudo foi desenvolvido na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) XV de São José do Rio Preto, órgão representante da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, localizado na região noroeste do estado, sendo composto por 102 municípios, que totalizam, aproximadamente, 1.591.414 habitantes (BRASIL, 2016a).

Na nova conceituação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), o DRS XV está inserido na RAS 12, conjuntamente com o DRS II, de Araçatuba, na região noroeste do estado de São Paulo, conforme disposto na Figura 3.

Figura 3 - Mapa da RAS 12 e respectivos DRS, regiões de saúde e municípios.

Fonte: SÃO PAULO, 2012.

Dentre todos os departamentos regionais de saúde do estado de São Paulo, o DRS XV foi o que apresentou maior taxa de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos em 2008 (SÃO PAULO (Estado), 2010). O mesmo ocorreu no ano de 2009 em que esse DRS

apresentou, juntamente com as regionais de Araçatuba e São João da Boa Vista, as mais altas taxas de internação por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e AVC no SUS (SALA, 2011).

O território do DRS XV é formado por sete Microrregiões de Saúde, denominadas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), sendo elas: Catanduva, Fernandópolis, Jales, José Bonifácio, São José do Rio Preto, Santa Fé do Sul e Votuporanga. O município de São José do Rio Preto atua como sede administrativa e pólo assistencial regional.

A CIR de Catanduva possui, aproximadamente, 313.844 habitantes (BRASIL, 2016b), sendo composta por 19 municípios, a saber: Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Embaúba, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novo Horizonte, Novais, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Santa Adélia, Sales, Tabapuã, Urupês.

A CIR de Fernandópolis possui, aproximadamente, 116.411 habitantes (BRASIL, 2016c), sendo composta por 13 municípios, a saber: Estrela d'Oeste, Fernandópolis, Guarani d'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São João das Duas Pontes, São João de Iracema e Turmalina.

A CIR de Jales possui, aproximadamente, 104.181 habitantes (BRASIL, 2016d), sendo composta por 16 municípios, a saber: Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia e Vitória Brasil.

A CIR de José Bonifácio possui, aproximadamente, 101.636 habitantes (BRASIL, 2016e), sendo composta por 11 municípios, a saber: Adolfo, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoã, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista e Zacarias.

A CIR de Santa Fé do Sul possui, aproximadamente, 47.097 habitantes (BRASIL, 2016f), sendo composta por 6 municípios, a saber: Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste e Três Fronteiras.

A CIR de São José do Rio Preto possui, aproximadamente, 710.663 habitantes (BRASIL, 2016g), sendo composta por 20 municípios, a saber: Bady Bassit, Bálsamo, Cedral, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Ipiruá, Mirassol, Mirassolândia,

Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Tanabi e Uchoa.

A CIR de Votuporanga possui, aproximadamente, 197.582 habitantes (BRASIL, 2016h), sendo composta por 17 municípios, a saber: Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Macaubal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil e Votuporanga.

6.3 Participantes do estudo

6.3.1 Abordagem Quantitativa

Para realização da primeira fase, de abordagem quantitativa, foram utilizados todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares referentes à atenção aos agravos cardiovasculares realizados pela Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), no período de 2000-2013.

6.3.2 Abordagem Qualitativa

Para desenvolvimento da segunda fase do estudo, considerando a análise dos dados quantitativos, optou-se por escolher a CIR de São José do Rio Preto, microrregião de maior aporte populacional, maior concentração de serviços, consultas, exames e internações e, conseqüentemente, maior cobertura das ações para a traçadora escolhida.

A CIR de São José do Rio Preto é composta por municípios de diferentes portes populacionais, a saber:

Figura 4 – Quantidade de municípios da CIR de São José do Rio Preto segundo o porte populacional, 2016

Fonte: BRASIL, 2016a

Os participantes do estudo foram gestores (regionais e municipais) e responsáveis pelos serviços de regulação (regionais e municipais), contemplando dois representantes de cada um dos municípios da CIR e quatro representantes do DRS.

Foram critérios de inclusão: ser profissional inserido na função de gestor ou responsável pelo serviço de regulação (regional e municipal), no mínimo há 12 meses, de modo a conhecer a dinâmica da organização da atenção aos agravos cardiovasculares no sistema locorregional de saúde.

Em relação ao critério de exclusão, considerou-se a indisponibilidade em participar da pesquisa por recusa ou profissionais que estivessem ausentes do trabalho por qualquer tipo de afastamento.

6.4 Procedimento de Coleta e Análise dos Dados

6.4.1 Abordagem Quantitativa

Para realização da primeira fase adotou-se a técnica de pesquisa documental. Foram utilizados todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à atenção aos agravos cardiovasculares realizados pela Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), registrados no SIA-SUS e no SIH-SUS, na totalidade dos municípios do DRS XV, no período de 2000-2013. A opção pelo recorte temporal justifica-se pela necessidade de período recente para análise, mas ao mesmo tempo longe para permitir captar o comportamento das flutuações da produção dos serviços de saúde.

Tendo como base a concepção de rede, entende-se que a avaliação em saúde deve iniciar-se pela atenção básica, sendo complementada em outros níveis de atenção, de modo que a atenção oferecida em cada serviço que compõe a rede atinja o máximo de resolubilidade possível (TANAKA; DRUMOND JÚNIOR, 2010).

Os dados disponibilizados pelo DATASUS proporcionam uma apreciação quantitativa inicial. Considerando que os dados são de produção de procedimentos, propôs-se que as análises fossem direcionadas a captar a tendência de informações, conforme proposto por Tanaka (2011):

1. o incremento da oferta de consulta básica por habitante, para identificar a acessibilidade ou a cobertura do serviço junto à população adstrita ou sob responsabilidade sanitária;
2. a relação consulta básica/consulta de urgência, que pode indicar o tipo de utilização que é feita pelo usuário, retratando, de certo modo, a característica da oferta do serviço.

Quanto ao atendimento ambulatorial especializado, dentre os dados disponibilizados pelo SIA/SUS, constituíram-se como variáveis de interesse nesse estudo: local de atendimento, ano de competência e quantitativo de procedimentos (consulta em cardiologia, eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico, holter, mapa e cateterismo). No tocante à internação hospitalar foram variáveis de interesse, disponibilizadas pelo SIH/SUS: local de atendimento, ano de competência, total de internações cirúrgicas em cardiologia e total de internações clínicas em

cardiologia. Para avaliar a resolubilidade do sistema regional, analisou-se também a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, disponível no DATASUS.

6.4.1.1 Procedimento de Coleta dos Dados Quantitativos

A coleta de dados secundários ocorreu de janeiro a maio de 2015.

Para realização da coleta dos dados de atenção ambulatorial e hospitalar, bem como de mortalidade, o Ministério da Saúde, por meio do DATASUS, disponibiliza o aplicativo TABNET, desenvolvido pelo Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS - com a finalidade de permitir a realização de tabulações rápidas com as variáveis referentes às bases de dados que compõem os sistemas de informações em saúde do SUS (SESSP, 2015).

Em relação aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, os dados de interesse foram coletados respeitando-se também os respectivos códigos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (órtese, prótese e materiais) do SUS, amplamente conhecida como “Tabela SUS”, além de outros filtros do sistema TABNET.

Os exames e internações foram levantados em duas etapas – de 2000 a 2007 e de 2008 a 2013 - e posteriormente consolidados, devido à mudança nos códigos da Tabela.

Para levantamento foram usados filtros, indicadores, a saber:

Quadro 2 – Tipo de procedimento e respectivos filtros e indicadores utilizados para a coleta de dados, 2015.

Tipo de procedimento	Filtros/Indicadores
Consulta de AB	Filtros: “número de consultas por ano segundo região de saúde/município”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2000 a 2013”. Indicador: “consultas médicas nas especialidades básicas”.
Consulta de cardiologia	Filtros: “quantidade apresentada por município e ano de processamento”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2000 a 2007” e “quantidade apresentada por município e ano de processamento”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2008 a 2013”.
Consulta de urgência	Filtros: “urgência por ano segundo região de saúde/município”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2000 a 2013”.
Exames	Filtros: “quantidade apresentada por município e ano de processamento”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2000 a 2007” e “quantidade apresentada por município e ano de processamento”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2008 a 2013”.
Internações	Filtros: “quantidade apresentada por município e ano de processamento”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2000 a 2007” e “quantidade apresentada por município e ano de processamento”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período de 2008 a 2013”.

Fonte: DATASUS, 2015

Em relação aos óbitos, utilizou-se o indicador “taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório” e filtros “óbitos do aparelho circulatório por ano segundo região de saúde/município”, “DRS de São José do Rio Preto”, “período: 2000-2013”.

Após coleta, os dados de interesse foram armazenados em planilhas eletrônicas do formato Microsoft Excel (Apêndice I), com face e conteúdo diferenciados, adequados às especificidades dos dados que foram digitados. Os dados foram condensados nas respectivas planilhas por CIR e DRS.

6.4.1.2 Procedimentos de Análise dos Dados Quantitativos

Para análise dos dados quantitativos utilizou-se a estatística descritiva das variáveis estudadas, adotando-se frequências e percentuais, construindo séries temporais que indicaram as tendências.

Séries temporais são um conjunto de observações ordenadas no tempo,

que indicam claramente a tendência do evento que está sendo estudado e, em sua análise, é preciso considerar a tendência do evento a longo prazo, as flutuações cíclicas, as oscilações sazonais e as variações acidentais (EHLERS, 2007).

A análise das tendências dos procedimentos elencados permite comparar o nível de ampliação da produção e a consequente resposta institucional para o diagnóstico e acompanhamento do caso. Esta análise levou em conta a magnitude dos procedimentos realizados e as respectivas proporções de procedimentos complementares (EHLERS, 2007).

O presente estudo pautou-se pela construção de razões entre procedimentos que permitiram inferir a complementaridade da atenção necessária em níveis de atenção de diferentes densidades tecnológicas, para o provimento da atenção integral aos agravos cardiovasculares. Essa dinâmica de análise permitiu conhecer a efetividade das ações de saúde em um dado território.

6.4.2 Abordagem qualitativa

Com base nos dados quantitativos analisados foi realizado o desenho qualitativo do estudo. A utilização dessa abordagem teve como finalidade aprofundar e compreender os achados quantitativos a partir da percepção de gestores e responsáveis pelo serviço de regulação e investigar possíveis ações potencializadoras do acesso à atenção integral, não captadas pela abordagem quantitativa. Desse modo, foi possível ampliar o entendimento acerca do objeto de investigação.

6.4.2.1 Procedimento de Coleta dos Dados Qualitativos

Para a realização da segunda fase foi utilizada coleta de dados primários, em entrevista semi-estruturada. A opção pela entrevista semi-estruturada justifica-se pelo reconhecimento de que esta técnica, além de permitir a atuação do pesquisador/entrevistador, possibilita a manifestação espontânea do entrevistado acerca do objeto da investigação (TRIVIÑOS, 1995).

Para o desenvolvimento da entrevista utilizou-se um roteiro específico

(Apêndice II), submetido à validação aparente e de conteúdo por três peritos na temática. Foi realizado um pré-teste com os participantes que não compuseram o estudo definitivo, de modo a possibilitar a testagem e adequação prévia dos procedimentos de coleta de dados.

Para divulgação da pesquisa e contato inicial, os participantes foram abordados junto ao DRS-XV, durante reuniões administrativas com gestores, momento em que foi apresentado o projeto e solicitada a participação. Cabe destacar que houve apoio irrestrito das articuladoras da atenção básica, que atuaram como facilitadoras do processo, disponibilizando o contato telefônico e e-mail dos potenciais participantes do estudo.

As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico, em local, dia e horário de interesse e disponibilidade dos participantes.

A abordagem utilizada nas entrevistas consistia em esclarecer o objetivo do estudo, entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III) e proceder a realização do questionário, que, apesar de orientar a condução da entrevista, não inviabilizava o desenvolvimento de outras questões, caso fossem relevantes ao cumprimento do objetivo do estudo.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, no primeiro semestre de 2016. Cabe esclarecer que devido à distância (maior que 200 km do município de residência da pesquisadora), incompatibilidade de agendas para visita e conveniência (participante disponível após reunião administrativa no DRS XV), algumas entrevistas foram realizadas na sede administrativa do DRS XV, mas a grande maioria foi realizada nos municípios de estudos, nas respectivas secretarias de saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital, tendo duração aproximada de 20 minutos. Após o término das entrevistas, o material gravado foi integralmente transcrito. As entrevistas transcritas compuseram um banco de dados registrados em um impresso específico (Apêndice IV).

Considerando a relevância dos aspectos éticos relativos ao sigilo e anonimato dos participantes, foram criadas identificações fictícias. Os gestores (municipais e estaduais) foram identificados com a letra G e aos reguladores foi atribuída a letra R. Cada município recebeu uma identificação numérica aleatória, variando de “1” a “20”, considerando-se que 20 municípios participaram desta etapa. Em relação ao número da entrevista no município, identificou-se numericamente de

“1” a “5”, considerando-se que houve mais de um participante e, no máximo, cinco participantes por município. A composição final da identificação (gestor ou regulador) seguida do numeral que representava o número do município e da entrevista pode ser representada conforme segue:

Quadro 3 - Composição final da identificação dos participantes do estudo

Função do participante	Identificação do Município	Número da entrevista no município
Gestor (G) ou Regulador (R)	1 a 20	1 a 5

6.4.2.2 Procedimentos de Análise dos Dados Qualitativos

A análise dos dados qualitativos iniciou-se com leitura exploratória, vertical e exaustiva do material até haver domínio de todo o conteúdo de uma mesma entrevista, permitindo elencar as percepções do participante retomando os objetivos iniciais da pesquisa e o contexto, de modo a captar a similaridade e singularidade dos conteúdos.

Após a leitura vertical, centrada nas particularidades de cada entrevista, fez-se a leitura horizontal do conjunto dos relatos, que permitiu estabelecer relações entre os depoimentos. Nesse processo de leitura horizontal, no qual configura-se a visão de cada participante da pesquisa, buscou-se identificar aspectos recorrentes, contraditórios, antagônicos e o significado que adquirem nesses contextos.

Após leituras exaustivas do material oriundo da transcrição das entrevistas, iniciou-se um esboço inicial das categorias, com a priorização de temas mais relevantes de acordo com os objetivos do estudo. As primeiras categoriais encontradas foram distribuídas em dois temas centrais: “fatores que favorecem” e “fatores que dificultam o acesso à atenção integral em cardiologia”.

Para análise e agrupamento dos resultados oriundos dessa primeira categorização, optou-se por aprofundar as análises relativas aos aspectos que favorecem o acesso à atenção integral em cardiologia, entendendo-se como possibilidade de ampliar o enfoque de experiências exitosas, uma vez que

dificuldades e limitações de acesso a serviços do sistema de saúde são amplamente divulgadas.

Nesse sentido, a releitura de Assis e Jesus (2012) sobre estudo de Giovanella e Fleury (1995), para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, foi adotada como abordagem teórica, com cinco dimensões explicativas, descritas conforme Figura 5:

Figura 5 - Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde

FONTE: ASSIS, JESUS, 2012.

Após releitura e posterior análise das falas dos gestores e responsáveis pelos serviços de regulação acerca dos fatores facilitadores ao acesso em serviços de atenção cardiovascular, obteve-se como resultado uma série de ações agrupadas por similaridade de conteúdo, que foram classificadas segundo o tipo de estratégia. Cada estratégia poderia ter uma ou mais ações. Da mesma maneira, as estratégias foram agrupadas por categorias e vinculadas a uma dimensão do acesso.

As categorias empíricas entendidas como facilitadoras do acesso encontradas foram: **estruturação da rede de atenção, fortalecimento da gestão, qualificação da atenção, melhoria da estrutura dos serviços e aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença**. Interessante ressaltar que cada categoria corresponde a uma das dimensões propostas por Assis e Jesus (2012), conforme descrito no Quadro 4:

Quadro 4 - Dimensões do acesso segundo Assis e Jesus (2012) e categorias de análise encontradas.

Dimensões do acesso	Categorias de análise
Dimensão Organizacional	Estruturação da rede de atenção
Dimensão Política	Fortalecimento da gestão
Dimensão Técnica	Qualificação da atenção
Dimensão econômico-social	Melhoria da estrutura dos serviços
Dimensão simbólica	Aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença

6.5 Aspectos Éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos éticos constantes da resolução 466/2012, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Após a autorização do Diretor do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto para implementação da pesquisa na regional, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Anexo I), sob Protocolo CAEE 26811614.1.0000.5393.

Foi fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) aos Juízes e participantes, explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa, sendo também garantido o anonimato dos sujeitos participantes.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a abordagem mista empregada, os resultados e discussão são apresentados articuladamente.

Em relação aos dados quantitativos, estes estão inicialmente apresentados para caracterizar a produção ambulatorial e hospitalar, incluindo consultas, exames, internações e também, a mortalidade por doenças cardiovasculares no âmbito da região estudada. Por entender que alguns dados qualitativos permitem ampliar a compreensão acerca dos dados quantitativos, há uma apresentação dialogada, em interface com o exposto na literatura científica.

Posteriormente, dada a relevância dos dados, em maior detalhamento, são apresentados os resultados e a discussão referentes aos aspectos que favorecem o acesso à atenção integral em cardiologia, segundo as dimensões do acesso propostas por Assis e Jesus (2012).

7.1 Caracterização da Produção Ambulatorial e Hospitalar

Os resultados permitiram obter a caracterização da produção de procedimentos de atenção básica, especializada e hospitalar de atenção aos agravos cardiovasculares, incluindo consultas, exames diagnósticos e internações que são apresentados, privilegiando o procedimento, a série temporal e/ou o espaço microrregional dentro do contexto do sistema regional de saúde, articulados a excertos das entrevistas.

No contexto dessa pesquisa, o termo “consulta”, refere-se ao procedimento realizado por profissional médico. Foi feita opção por tal procedimento por se tratar de dado de fácil acesso dentro dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e, também, por ser um indicador clássico de acesso à atenção em saúde.

A Tabela 1 apresenta as consultas realizadas no período:

Tabela 1 – Consultas realizadas na Atenção Básica, Serviços de Urgência e de Cardiologia, pelo SUS, nos municípios do DRS XV-São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2013

Ano	Consultas							
	Atenção Básica		Urgência		Cardiologia		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
2000	2.844.940	70,24	1.064.011	26,27	141.477	3,49	4.050.428	100,00
2001	3.173.996	69,99	1.229.711	27,12	131.384	2,90	4.535.091	100,00
2002	3.441.377	70,98	1.274.828	26,29	132.467	2,73	4.848.672	100,00
2003	3.415.362	71,69	1.234.986	25,92	114.002	2,39	4.764.350	100,00
2004	3.788.329	72,49	1.312.827	25,12	124.741	2,39	5.225.897	100,00
2005	3.865.234	71,41	1.420.080	26,24	127.187	2,35	5.412.501	100,00
2006	3.692.800	69,01	1.505.588	28,14	152.497	2,85	5.350.885	100,00
2007	3.401.504	67,31	1.521.851	30,12	129.938	2,57	5.053.293	100,00
2008	4.252.945	66,49	2.000.294	31,27	143.099	2,24	6.396.338	100,00
2009	4.048.307	64,41	2.025.795	32,23	211.567	3,37	6.285.669	100,00
2010	3.453.431	60,75	2.082.319	36,63	148.606	2,61	5.684.356	100,00
2011	3.935.762	62,11	2.257.162	35,62	144.234	2,28	6.337.158	100,00
2012	3.625.271	60,82	2.193.510	36,80	142.273	2,39	5.961.054	100,00
2013	4.230.200	58,62	2.845.877	39,44	140.117	1,94	7.216.194	100,00
Total	51.169.458	66,35	23.968.839	31,08	1.983.589	2,57%	77.121.886	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Houve oscilação no quantitativo de consultas realizadas a cada ano, com gradativa redução no percentual de consultas de atenção básica (AB) e na especialidade de cardiologia, com consequente aumento no percentual das consultas de urgência. No ano 2000, o percentual de consultas de AB correspondia a 70,24% e, em 2013, a 58,62% das consultas. Podem ser elencadas possibilidades a respeito da diminuição percentual de consultas de AB, tais como as dificuldades de acesso de usuários a este tipo de serviço e maior disponibilidade de acesso a serviços de urgência.

O investimento de reorganização da AB por meio das linhas de cuidado tem provocado melhoria da qualidade da atenção e redução nos encaminhamentos para atendimento especializado, como se verifica nos relatos dos participantes:

“Desde 2011 a gente vem tentando fazer a reorganização do serviço com a implantação da linha de cuidado da hipertensão e diabetes. Isso tem garantido o acompanhamento, todos os pacientes estão vinculados a um médico clínico, que faz esse acompanhamento dentro da linha de cuidado, faz a consulta e a avaliação a cada quatro meses e, no caso de alguma alteração, eles fazem o encaminhamento para avaliação pelo cardiologista” GM9-1

“As unidades que fazem a saúde da família fazem o controle, acompanhamento do hipertenso, do diabético, aqueles casos mais rebeldes é que eles encaminham para o cardiologista”. RM19-2

As falas evidenciam ações que podem qualificar a AB, que é entendida como principal alternativa para a melhoria da organização dos sistemas de saúde, o que permitiria melhores condições de acesso e de integralidade do cuidado (MENDES, 2015).

É interessante observar que as consultas de urgência tiveram o maior crescimento percentual, variando de 26,27% em 2000 para 39,44% em 2013. Esse aumento progressivo, em especial nos últimos anos, pode decorrer de política pública de saúde datada de 2009, que incentiva, inclusive financeiramente, a implantação e ampliação do acesso a serviços de urgência e emergência (BRASIL,

2009).

Em relação à preferência histórica de usuários por serviços de urgência, seja pelo atendimento imediato, especialização das tecnologias utilizadas ou pela própria organização do sistema que prioriza esse tipo de serviço, dotando-o de maior qualificação, há também um entendimento muito comum, por parte de usuários e profissionais, de que a atenção básica seja lugar de coisas simples, que não reúne condições suficientes para o cuidado qualificado (CECÍLIO et al., 2012).

Esses fatores podem refletir na dificuldade de adesão dos usuários aos serviços de AB e a preferência por serviços de urgência, conforme é possível verificar:

“Eu entendo assim, que se for um caso de urgência, o paciente consegue já, imediatamente, porque ele vai para o serviço de referência e ele é atendido” RM1-3

“Os pacientes que vão para a emergência são todos atendidos.... Se precisar fazer alguma intervenção, eles fazem” GM8-1

Os percentuais de consultas em cardiologia reduziram-se de maneira considerável, sendo 2000 o ano com maior percentual de consultas (3,49%), e 2013 com o menor (1,94%).

Acredita-se que, no início do período, houve limitação do acesso, decorrente do intenso processo de municipalização de profissionais de saúde com vínculo de trabalho com governo estadual e federal que compunham o corpo técnico dos Ambulatórios Regionais de Especialidades (ARE), que ficaram com seus quadros desfalcados, repercutindo na oferta de serviços. Tal fato parece ter sido revertido somente após a implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME) pela Secretaria de Estado de Saúde que possibilitou melhoria do acesso a atenção especializada como é possível verificar nas falas:

“Não tem aquela demanda. Antigamente tinha, mas depois que começou o AME acabou (...) antigamente a gente mandava para o ARE, mas aí o médico, que era estadual ou federal, aposentou...” RM3-2

“(...) eu acho que a abertura dos AMES ajudou muito a gente, a nossa região...” GM6-1

Os AMEs são serviços ambulatoriais especializados, com resolubilidade para exames diagnósticos e procedimentos médicos, que atendem às necessidades de eficiência e rapidez na solução de problemas de usuários encaminhados pela rede básica de saúde, colaborando com a integralidade da assistência à saúde da população em âmbito regional (BARATA, 2010).

A análise do percentual de consultas por ano permite melhor entendimento da produção de serviços e ações de saúde, indicando os anos com maiores e menores percentuais, e favorece também a visualização desse percentual por tipo de consulta.

Tabela 2 - Consultas realizadas na Atenção Básica, Serviços de Urgência e de Cardiologia, pelo SUS, nos municípios do DRS XV-São José do Preto, com distribuição percentual, segundo tipo de consulta, no período de 2000 a 2013

Ano	Consultas							
	Atenção Básica		Urgência		Cardiologia		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%
2000	2.844.940	5,56	1.064.011	4,44	141.477	7,13	4.050.428	5,25
2001	3.173.996	6,20	1.229.711	5,13	131.384	6,62	4.535.091	5,88
2002	3.441.377	6,73	1.274.828	5,32	132.467	6,68	4.848.672	6,29
2003	3.415.362	6,67	1.234.986	5,15	114.002	5,75	4.764.350	6,18
2004	3.788.329	7,40	1.312.827	5,48	124.741	6,29	5.225.897	6,78
2005	3.865.234	7,55	1.420.080	5,92	127.187	6,41	5.412.501	7,02
2006	3.692.800	7,22	1.505.588	6,28	152.497	7,69	5.350.885	6,94
2007	3.401.504	6,65	1.521.851	6,35	129.938	6,55	5.053.293	6,55
2008	4.252.945	8,31	2.000.294	8,35	143.099	7,21	6.396.338	8,29
2009	4.048.307	7,91	2.025.795	8,45	211.567	10,67	6.285.669	8,15
2010	3.453.431	6,75	2.082.319	8,69	148.606	7,49	5.684.356	7,37
2011	3.935.762	7,69	2.257.162	9,42	144.234	7,27	6.337.158	8,22
2012	3.625.271	7,08	2.193.510	9,15	142.273	7,17	5.961.054	7,73
2013	4.230.200	8,27	2.845.877	11,87	140.117	7,06	7.216.194	9,36
Total	51.169.458	100	23.968.839	100	1.983.589	100	77.121.886	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Houve expressivo incremento no percentual de consultas por ano, sendo 2000 o ano de menor percentual (5,25%) e 2013 o de maior (9,36%), sinalizando, em termos gerais, incremento na produção.

Analisando-se por tipo, as consultas de AB aumentaram de 5,56%, em 2000, para 8,27%, em 2013; as consultas de urgência, de 4,44%, em 2000, para 11,87% em 2013; e as consultas de cardiologia, após períodos de oscilação, permaneceram estáveis.

O incremento no quantitativo de consultas em cardiologia nos últimos anos pode decorrer da implantação de seis AMEs no âmbito do DRS XV, nas cidades de Votuporanga em 2007, Santa Fé do Sul e São José do Rio Preto em 2008, Jales em 2009, Fernandópolis e Catanduva em 2012 (CNES, 2016). Há um consenso entre os participantes sobre a atual suficiência do atendimento em consultas de cardiologia no âmbito da região de saúde:

“(...) dentro do DRS a gente tem praticamente 1 AME por colegiado, tem oferta de cardiologista, todos os nossos AMEs tem o profissional cardiologista...” RM1-1

“Cardiologia no AME a gente tem vaga até sobrando”. RM7-2

“Cardiovascular a gente não está tendo problema para encaminhar, está tendo vaga tranquilo” GM8-1

É importante ressaltar, também, a existência de organização assistencial para atendimento nos serviços especializados, o que favorece a operacionalidade e resolubilidade da rede de atenção, em que casos de cardiologia clínica são atendidos no AME e os casos cirúrgicos ou subespecialidades são atendidos no Hospital de Base. De maneira geral, há interação entre os serviços, não sendo relatadas dificuldades para agendamento de primeira consulta na especialidade de cardiologia, como evidenciam as falas:

“O AME, nós não temos dificuldade (...). Ele passa nessa consulta na média complexidade, não tem problema nenhum. Se é necessário ele passar pra alta complexidade, o AME mesmo encaminha...” RM2-2

“É, na verdade, a gente procura fazer uma triagem, assim, e o que é cirúrgico, ou coisas mais sérias, a gente dá prioridade para essa cota que a gente tem no HB” RM10-2.

“A gente encaminha esse paciente de alta complexidade para o HB, porque nossa pactuação é HB. Então assim, tem umas subespecialidades como a valvulopatia, arritmia... Arritmia é mais difícil, a valvulopatia é rápida, às vezes com quinze dias que eu coloquei esse paciente na fila eu consigo agendar...” RM5-2

A organização para atendimento da demanda de consultas em cardiologia, com a estruturação de sistema de regulação que direciona os casos clínicos e cirúrgicos para as referências adequadas, parece ser um diferencial da região, fator que atua como facilitador do acesso.

A regulação é um importante instrumento de gestão. Trata-se de uma estratégia que possui estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, favorecendo a assistência integral aos usuários (SILVA, 2012).

Os dados permitem entender que a organização regional é condição *“sine qua non”* para o acesso a serviços de média e alta complexidade, refletindo positivamente na rede de atenção.

Ainda no tocante às consultas, cabe fazer alguns apontamentos sobre a magnitude dos serviços de urgência na região de saúde. A análise da representação gráfica de consultas (Figura 6) traz melhor apresentação visual dos dados, evidenciando o crescimento expressivo dos serviços de urgência na região, o que não aparece tão evidente na apresentação em tabela:

Figura 6 - Consultas realizadas na atenção básica, serviços de urgência e de cardiologia, pelo SUS, na região do DRS XV- São José do Preto no período de 2000 a 2013

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A representação gráfica dos tipos de consulta (Figura 6) demonstra o crescimento expressivo e a magnitude das consultas de urgências na atualidade, no âmbito do DRS XV.

Sobre esse aspecto, há que se considerar tanto o contexto da construção do sistema de saúde regional quanto o desenvolvimento das políticas públicas de saúde atuais.

Estudo da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo verificou que, em termos populacionais, o DRS XV é o sétimo do estado, em um total de 17 regiões de saúde, sendo também a quarta em número de hospitais, a segunda em número de internação por mil habitantes, possuindo apenas a sexta colocação no total de Unidades Básicas de Saúde. Além disso, o Hospital de Base de São José do Rio Preto é um importante hospital de ensino do estado em número de leitos (SÃO PAULO (Estado), 2010).

A elevada procura por atendimentos de urgência pode ser um reflexo da facilidade de acesso a serviços hospitalares, inclusive de urgência cardiológica, que, aliada à cultura hospitalocêntrica e entendimento de que a resolubilidade é maior neste tipo de serviço, pode influenciar no aumento da procura, como é possível verificar nas falas:

“Sete horas ele estava lá na emergência cardiológica, oito horas ele já tinha passado pelo cardiologista, já estava fazendo os exames. No mesmo dia já internou, foi muito rápido e o paciente está super bem!”

RM10-2

“Em relação ao acesso, quando o paciente faz um eletro, ou sente algum dos sinais específicos, a vaga de urgência é liberada rapidamente.”

GM18-1

Não obstante ao apresentado, outros fatores podem colaborar com esta situação. De acordo com a atual política de saúde, os serviços de urgência e emergência representam uma porta de entrada ao sistema (BRASIL, 2011), acolhendo, além das urgências propriamente ditas, usuários não atendidos na atenção básica. Dentre outras possibilidades, entende-se que a busca por serviços de urgência ocorre quando o usuário não teve acesso à atenção básica, não fez vínculo com a equipe, o cuidado não foi integral, ou não foi resolutivo (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

O uso de dados secundários requer a construção de possibilidades de análise que favoreçam interpretar os possíveis significados de um número ou porcentagem, em um contexto de sistema locorregional de saúde, que possa indicar a ocorrência de modificações no padrão de produção de serviços de saúde. Neste estudo, a opção foi levantar a base populacional do DRS-XV, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os censos populacionais de 2000 e 2010 e a estimativa utilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para 2013, utilizados pelo DATASUS, como é possível verificar na Tabela:

Tabela 3 - Valores absolutos e proporcionais da população, de consultas na atenção básica, urgência e em cardiologia pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013

Variáveis	Catanduva	Fernandópolis	Jales	J.Bonifácio ¹	Santa Fé ²	SJRP ³	Votuporanga	Total
população								
2000	266.502	106.520	100.597	77.919	41.587	571.081	169.414	1.333.620
2010	291.575	110.626	100.705	91.718	44.269	649.787	184.091	1.472.771
2013	307.310	115.210	103.948	98.182	46.371	690.701	193.727	1.555.449
nº de consultas AB								
2000	555.147	226.851	253.520	182.709	75.469	1.244.196	307.048	2.844.940
2010	804.193	266.065	255.331	243.504	99.958	1.321.203	463.177	3.453.431
2013	747.246	276.524	820.572	249.638	98.659	1.501.068	536.493	4.230.200
nº de consultas cardio								
2000	43.582	9.837	11.336	2.514	2.387	46.209	25.612	141.477
2010	18.285	12.607	9.833	6.630	9.728	64.927	26.596	148.606
2013	19.198	8.473	13.772	3.700	10.923	60.719	23.332	140.117
nº de consultas urgência								
2000	171.099	58.546	46.887	45.731	30.076	605.732	105.940	1.064.011
2010	369.638	93.371	72.346	87.598	50.686	1.122.632	286.048	2.082.319
2013	435.406	112.156	371.982	106.117	56.653	1.383.858	379.705	2.845.877
Proporção consulta AB/hab								
2000	2,08	2,13	2,52	2,34	1,81	2,18	1,81	2,13
2010	2,76	2,41	2,54	2,65	2,26	2,03	2,52	2,34
2013	2,43	2,40	7,89	2,54	2,13	2,17	2,77	2,72

continua...

Variáveis	Catanduva	Fernandópolis	Jales	J.Bonifácio ¹	Santa Fé ²	SJRP ³	Votuporanga	Total
Proporção consulta cardio/hab								
2000	0,16	0,09	0,11	0,03	0,06	0,08	0,15	0,11
2010	0,06	0,11	0,10	0,07	0,22	0,10	0,14	0,10
2013	0,06	0,07	0,13	0,04	0,24	0,09	0,12	0,09
Proporção consulta urg/hab								
2000	0,64	0,55	0,47	0,59	0,72	1,06	0,63	0,80
2010	1,27	0,84	0,72	0,96	1,14	1,73	1,55	1,41
2013	1,42	0,97	3,58	1,08	1,22	2,00	1,96	1,83
Proporção consulta AB/ cardio								
2000	12,74	23,06	22,36	72,68	31,62	26,93	11,99	20,11
2010	43,98	21,10	25,97	36,73	10,28	20,35	17,42	23,24
2013	38,92	32,64	59,58	67,47	9,03	24,72	22,99	30,19
Proporção consulta AB/ urgência								
2000	3,24	3,87	5,41	4,00	2,51	2,05	2,90	2,67
2010	2,18	2,85	3,53	2,78	1,97	1,18	1,62	1,66
2013	1,72	2,47	2,21	2,35	1,74	1,08	1,41	1,49

conclusão

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José BonifácioSanta Fé² CIR de Santa Fé do SulSJRP³ CIR de São José do Rio Preto

O acesso em saúde é um tema complexo e fundamental, revestido pelas dificuldades de ordem econômica e de barreiras relacionadas às filas para marcação de consulta e atendimento médico (ASSIS et al., 2015). Desse modo, em uma perspectiva quantitativa de análise, o aumento de consultas é um importante indicativo na melhoria do acesso, dentre outros indicadores, sem, contudo, adentrar em questões relativas a resolubilidade e qualidade da atenção em saúde.

De maneira geral, a proporção de consultas de AB por habitante aumentou de 2,13 para 2,72 ao final do período. A microrregião de Jales merece destaque, uma vez que, ao final do período, apresentou 7,89 consultas de AB por habitante, um número fora dos padrões regionais.

A proporção de consultas de AB por habitante foi decrescente apenas na CIR de São José do Rio Preto, o que pode ser justificado por uma expansão populacional não acompanhada da ampliação desse tipo de serviço.

A proporção de consultas em cardiologia por habitante, nos mesmos anos, foi decrescente em Catanduva, Fernandópolis e Votuporanga. É interessante ressaltar que Catanduva e Fernandópolis foram as últimas CIR a terem AMEs implantados.

A proporção de consultas de urgência por habitante foi crescente em todas as CIR, com destaque para São José do Rio Preto, Votuporanga e Catanduva. No geral, esta relação aumentou de 0,80 para 1,83 consultas de urgência por habitante. Em relação à região de Jales, nota-se aumento de 0,47 para 3,58 consultas de urgência por habitante, o que pode decorrer não de situação real, mas de equívoco de digitação de algum dos municípios que compõem a CIR, já que os dados foram coletados do DATASUS. Nesse caso, remete-se a discussão decorrente da utilização dos dados secundários, suas vantagens, desvantagens e limitações amplamente apresentadas na literatura científica.

Quanto à proporção de consultas de AB em relação às de cardiologia, foi crescente nas CIRs de Catanduva, Fernandópolis, Jales e Votuporanga, indicando que, nestas regiões, as consultas de AB aumentaram em maior proporção que as consultas de cardiologia.

Em Jales e José Bonifácio constata-se um número bastante elevado de consultas de AB para cada consulta de cardiologia ao final do período de estudo, de 59,58 e 67,47 consultas de AB para cada consulta de cardiologia, respectivamente. Tal fato pode refletir maior dificuldade no acesso a consultas especializadas nessa

CIR, o que não significa dizer que os usuários dessas microrregiões não possam ser atendidos em outras, tendo em vista o princípio da regionalização.

Pela proximidade, os usuários de Jales podem ser direcionados a Santa Fé do Sul, onde percebe-se um número menor de consultas de AB por consulta de cardiologia, de 9,03. Isso tanto poderia refletir a baixa resolubilidade dos serviços de atenção básica da microrregião de Santa Fé do Sul quanto pode, também, significar que é referência em cardiologia para outras CIR, confirmando a hipótese de que o planejamento da atenção vem sendo realizado regionalmente.

Em relação a José Bonifácio, onde não há serviço especializado em cardiologia, os usuários são encaminhados para São José do Rio Preto, município geograficamente mais próximo.

Sintetizando, evidencia-se, no geral, aumento na proporção de consultas de AB por consulta de cardiologia, de 20,11 para 30,19, o que pode refletir uma melhoria no acesso e na resolubilidade da atenção básica, que parece demandar menos consultas especializadas. Tal fato pode ser comprovado pelo relato dos gestores e responsáveis pela regulação, que não expressam dificuldade de acesso nessa especialidade.

Em relação à proporção de consultas básicas e de urgência, houve diminuição no período, que tanto pode significar uma ampliação na oferta de atendimento em unidades de pronto-atendimentos quanto pode, também, demonstrar a preferência dos usuários por este tipo de serviço, visto que não houve redução no número de unidades de AB na região.

Historicamente, o acesso à atenção especializada tem sido descrito por muitos gestores e pesquisadores como desafio importante para o SUS, envolvendo questões complexas, relacionadas à qualidade dos serviços, à precarização dos salários, desorganização do sistema, falta de integração e articulação em vários níveis, e, ainda, ao subfinanciamento (SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010).

Em relação aos exames especializados, pode-se dizer que na área de abrangência do DRS XV há uma diferença expressiva no que se refere a produção e tipos de exames ofertados em cada microrregião de saúde, motivo pelo qual a apresentação dos resultados traz não apenas a exposição geral, mas também um detalhamento da produção por CIR.

Tabela 4 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo ano, no período de 2000 a 2013

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	56.089	72,70	13.383	17,35	4.740	6,14	1.551	2,01	1.204	1,56	180	0,23	77.147	100
2001	65.941	75,34	13.542	15,47	5.173	5,91	1.549	1,77	712	0,81	604	0,69	87.521	100
2002	69.482	75,45	12.714	13,81	7.152	7,77	1.263	1,37	659	0,72	816	0,89	92.086	100
2003	43.672	63,27	11.695	16,94	8.516	12,34	2.277	3,30	1.669	2,42	1.199	1,74	69.028	100
2004	44.490	57,28	12.225	15,74	6.808	8,77	1.640	2,11	10.836	13,95	1.670	2,15	77.669	100
2005	61.805	56,54	12.781	11,69	7.511	6,87	1.989	1,82	23.411	21,42	1.822	1,67	109.319	100
2006	76.881	63,30	10.666	8,78	7.651	6,30	1.885	1,55	22.675	18,67	1.700	1,40	121.458	100
2007	86.436	62,49	14.973	10,83	9.180	6,64	2.339	1,69	23.167	16,75	2.217	1,60	138.312	100
2008	117.918	75,13	16.452	10,48	12.371	7,88	3.093	1,97	5.245	3,34	1.881	1,20	156.960	100
2009	130.737	69,56	28.609	15,22	18.181	9,67	5.239	2,79	3.636	1,93	1.535	0,82	187.937	100
2010	145.596	69,73	31.523	15,10	19.121	9,16	6.321	3,03	4.715	2,26	1.538	0,74	208.814	100
2011	160.611	69,94	34.099	14,85	20.340	8,86	7.733	3,37	5.035	2,19	1.824	0,79	229.642	100
2012	168.502	70,62	34.025	14,26	20.148	8,44	8.856	3,71	5.277	2,21	1.811	0,76	238.619	100
2013	175.378	69,38	36.420	14,41	20.791	8,22	9.947	3,93	8.198	3,24	2.051	0,81	252.785	100
Total	1.403.538	68,56	283.107	13,83	167.683	8,19	55.682	2,72	116.439	5,69	20.848	1,02	2.047.297	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A produção de exames diagnósticos em cardiologia teve crescimento no período de 2000 a 2013. O exame mais realizado foi o eletrocardiograma, (68,56%), seguido do ecocardiograma (13,83%) e teste ergométrico (8,19%). O ECG é realizado por todos os municípios que compõem as sete CIR. Trata-se de exame de menor complexidade, cujo resultado pode desencadear outras ações de saúde, incluindo a realização de exames de maior complexidade.

Em termos percentuais, tanto o eletrocardiograma quanto o ecocardiograma apresentaram queda percentual em relação aos demais; isso ocorre devido à maior realização de exames mais especializados.

O cateterismo, exame invasivo, de maior complexidade, que corresponde a 1,02% do total de exames, apresentou expressivo incremento, aumentando de 0,23% dos exames realizados em 2000, para 0,81% dos exames realizados em 2013.

Tabela 5 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo tipo de exame, no período de 2000 a 2013

Ano	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	56.089	4,00	13.383	4,73	4.740	2,83	1.551	2,79	1.204	1,03	180	0,86	77.147	3,77
2001	65.941	4,70	13.542	4,78	5.173	3,08	1.549	2,78	712	0,61	604	2,90	87.521	4,27
2002	69.482	4,95	12.714	4,49	7.152	4,27	1.263	2,27	659	0,57	816	3,91	92.086	4,50
2003	43.672	3,11	11.695	4,13	8.516	5,08	2.277	4,09	1.669	1,43	1.199	5,75	69.028	3,37
2004	44.490	3,17	12.225	4,32	6.808	4,06	1.640	2,95	10.836	9,31	1.670	8,01	77.669	3,79
2005	61.805	4,40	12.781	4,51	7.511	4,48	1.989	3,57	23.411	20,11	1.822	8,74	109.319	5,34
2006	76.881	5,48	10.666	3,77	7.651	4,56	1.885	3,39	22.675	19,47	1.700	8,15	121.458	5,93
2007	86.436	6,16	14.973	5,29	9.180	5,47	2.339	4,20	23.167	19,90	2.217	10,63	138.312	6,76
2008	117.918	8,40	16.452	5,81	12.371	7,38	3.093	5,55	5.245	4,50	1.881	9,02	156.960	7,67
2009	130.737	9,31	28.609	10,11	18.181	10,84	5.239	9,41	3.636	3,12	1.535	7,36	187.937	9,18
2010	145.596	10,37	31.523	11,13	19.121	11,40	6.321	11,35	4.715	4,05	1.538	7,38	208.814	10,20
2011	160.611	11,44	34.099	12,04	20.340	12,13	7.733	13,89	5.035	4,32	1.824	8,75	229.642	11,22
2012	168.502	12,01	34.025	12,02	20.148	12,02	8.856	15,90	5.277	4,53	1.811	8,69	238.619	11,66
2013	175.378	12,50	36.420	12,86	20.791	12,40	9.947	17,86	8.198	7,04	2.051	9,84	252.785	12,35
Total	1.403.538	100	283.107	100	167.683	100	55.682	100	116.439	100	20.848	100	2.047.297	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Houve flutuação no percentual de exames realizados a cada ano. Contudo, analisando-se todo o período, verifica-se grande expansão na produção de exames, que aumentaram de 77.147 em 2000 para 252.785 em 2013, sinalizando um acréscimo da ordem de 327%, indicando que houve importante ampliação desse tipo de serviço.

Destaca-se que 2000 e 2003 foram os anos com menor percentual de exames, 3,77 e 3,37%, respectivamente; 2012 e 2013 foram os anos com maior percentual.

Figura 7 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, na região do DRS XV- São José do Preto no período de 2000 a 2013

A representação gráfica dos exames (Figura 7) evidencia o crescimento expressivo e a magnitude dos exames de ECG no âmbito do DRS XV, em especial a partir do ano de 2005. Trata-se de exame que é utilizado tanto em serviços especializados em cardiologia quanto em serviços de urgência. O fato desse exame também ser realizado em algumas unidades de AB é entendido como um qualificador da assistência nesse nível de atenção, como é possível ver a seguir:

“O acompanhamento da estratégia da família é muito bom, é raio X se precisar, eletrocardiograma, tudo é feito por aqui (...)” RM12-2

Embora não tenha um depoimento específico, entende-se que o crescimento do quantitativo das consultas em urgência também possa justificar a ampla utilização do ECG, uma vez que não houve aumento expressivo de consultas especializadas no período.

Assim, entende-se que a disponibilização desse exame, tanto em serviços de AB quanto em serviços de urgência, pode sinalizar que o usuário está tendo mais acesso a este tipo de tecnologia que, se utilizada em tempo oportuno, pode impactar favoravelmente nos indicadores de morbi-mortalidade cardiovasculares. Segundo Malta et al. (2014), a grande expansão do acesso ocorrida nas últimas décadas pode ter impactado nas quedas de mortalidade por esses agravos.

Além disso, percebe-se também acréscimo no quantitativo de ecocardiogramas a partir do ano de 2008, exame utilizado para aumentar a acurácia diagnóstica em cardiologia e, portanto, realizado apenas em serviços especializados. Esse fato pode significar tanto maior acesso a exames especializados quanto, também, aprimoramento do processo de referência de usuários da AB para serviços especializados em cardiologia.

É interessante ressaltar que, de todos os municípios participantes, aqueles que não possuem médico cardiologista negam dificuldades para realização de exames que consideram “mais simples”, como eletrocardiograma, ecocardiograma, holter e teste ergométrico. Segundo relatos dos participantes, todas as necessidades são atendidas no serviço especializado:

“O holter, teste ergométrico, o ecocardiograma, a gente não tem tanta dificuldade”. RM11-2

“Nós temos acesso a exames, vamos dizer, corriqueiros, um teste ergométrico, eletro... esses exames nós temos facilidade para fazer” RM2-2

“Na cardiologia, a gente não tem problema. Tudo o que aparece, encaminha. Faz os exames todos por lá”. RM3-2

O contrário é referido pelos municípios que possuem cardiologista, que relatam dificuldades para acesso aos mesmos exames citados anteriormente, como é possível verificar:

“No município nós temos duas cardiologistas e nem tem demanda para tanto. Eu consigo encaminhar paciente com facilidade para o AME e o HB, mas os pacientes que ficam no município que seriam para cardiologista clínica normal, eu tenho médico, mas, eu não tenho exame, eu não consigo realizar....” RM5-2

“É um absurdo o paciente ficar um ano na fila esperando para fazer um exame de teste ergométrico, que eu acho que é um exame simples”. GM5-1

“A gente tem o problema dos exames que, por ter o cardiologista aqui, tem uma geração muito grande de exames. E aí, muito embora tenha tentado se organizar, a gente tem visto a regional fazer distribuição de cotas de exames, mesmo de serviços de outros colegiados, ainda assim, a gente não consegue atender. Tem demanda reprimida”. GM9-1

No âmbito da organização do sistema regional de saúde, em especial na pactuação para atendimento por diferentes níveis de complexidade, os municípios de menor porte são responsáveis pelo atendimento de atenção básica e serviço de urgência 24 horas, ficando a encargo do gestor estadual, ou municípios maiores, que possuem capacidade técnica, financeira e operacional para assumir a gestão plena do sistema, a provisão de serviços especializados e de maior complexidade tecnológica.

Dependendo do porte populacional do município, não é possível disponibilizar recursos de diferentes densidades tecnológicas. Nesse sentido, a construção de redes de atenção com abrangência regional contribui para o alcance da integralidade, continuidade do atendimento, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência do sistema de serviços de saúde (CHAVES et al., 2015), não sendo necessário, portanto, que a totalidade das demandas sejam atendidas em um único município ou serviço de saúde.

Nesse contexto, quando um município pequeno opta por manter um profissional especializado, geralmente o faz por dificuldades na resolubilidade do serviço de atenção básica, o que impacta negativamente no acesso de sua

população a exames especializados e também na inoperância organizacional de seu sistema de saúde:

“Dentro dos municípios, quando eles têm o cardiologista, apesar de não ser uma função do município ter especialidade, às vezes acaba facilitando para ele, mas por outro lado, se a gente pensar nas linhas de cuidado, se estivessem bem estruturados dentro de cada município não haveria necessidade de especialista” RM1-1

“A gente tem um cardiologista no município, ele consegue diminuir nossa demanda, só que ele gera muito exame. Rio Preto não tem essa oferta de exames”. RM18-2

Em relação à autonomia do município para oferecer serviços, há que se ter responsabilidade em relação às atribuições que carrega para si. Não é possível, nem recomendável, disponibilizar recursos que atendam todas as demandas de usuários em um único município, principalmente os de pequeno porte uma vez que a possibilidade de ficar ocioso, a falta de economia de escala, a dificuldade em manter recursos para o adequado funcionamento podem se constituir em problemas maiores que os possíveis benefícios gerados (CHAVES et al., 2015).

Ter um especialista na porta de entrada não se trata da melhor alternativa para organização e qualificação do sistema de saúde (STARFIELD, 2002). Sistemas integrados de saúde, nos quais o clínico geral ou médico de família atuam como coordenador do cuidado são considerados menos onerosos e mais eficientes (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Nesse contexto, embora a “facilidade no acesso” seja uma fala comum aos pequenos municípios que possuem atendimento especializado, a oferta desses serviços pode, em algumas situações, dificultar o acesso do usuário, sendo mais oportuno, portanto, o encaminhamento ao serviço de referência regional, o que tornaria mais efetivo o alcance da integralidade, continuidade do atendimento, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência do sistema de serviços de saúde (CHAVES et al., 2015). Há uma orientação para o atendimento em cardiologia:

“Foi orientado a gente que, se for um caso mais grave, encaminhar ao AME, que eles fazem o exame. Encaminha direto para um especialista no AME, que lá dentro ele consegue fazer tudo, porque o médico aqui pede os exames e não fica parado na nossa mão um tempão”. RM18-2

Em relação ao doppler e cintilografia do miocárdio, exames que não foram avaliados em termos quantitativos, e considerados pelos participantes como “exames de maior complexidade”, há um consenso sobre a demora para atendimento:

“Eles levam oito meses para fazer o exame de cintilografia”. RM2-2

“Eles demoram muito para fazer a cintilografia, para depois ser encaminhado para uma angioplastia, que provavelmente vai acontecer, ou um cateterismo” RM16-2

“O cardio do município não pode solicitar alguns exames, o doppler por exemplo, aí que tem que encaminhar para um cardiologista do AME ou do HB”. RM20-2

A dificuldade de acesso a serviços de saúde de maior densidade tecnológica tem sido identificada como um dos fatores para fragmentação do cuidado a saúde (SILVA, 2011). Especificamente no caso da cardiologia, exames de cintilografia do miocárdio são indicativos de maior complexidade assistencial, sendo capazes de identificar eventos cardíacos graves. A não realização dessa assistência em tempo oportuno pode trazer complicações ao usuário. Dentre os participantes não há referência à demora para realização de qualquer exame na urgência e, sim, para casos eletivos. Nesse contexto, há que se monitorar a atenção hospitalar para evitar a seleção da demanda no serviço, uma consequência de programar o serviço pela capacidade de produção, e não pela demanda propriamente dita.

Trata-se de premissa básica da regionalização, obedecer prioritariamente ao critério de planejamento de oferta de serviços, instituindo maior coordenação para atingir resultados em termos de acesso adequado (PINTO JÚNIOR; FRAGA; FREITAS, 2012). Nesse sentido, a Portaria nº 210/2004, que complementa a Política

Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, definiu que apenas hospitais de ensino podem atuar como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, e ainda, que cabe a esses serviços exercer o papel de auxiliar o gestor nas políticas de atenção nas doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004b).

Constata-se, portanto, que há divergências entre a atividade precípua do hospital de ensino, na região estudada, no que se refere ao planejamento da oferta de serviços, que deveria exercer papel auxiliar à gestão da atenção.

Os hospitais de ensino vinculados a universidades públicas se caracterizam não só pela referência assistencial de alta complexidade, mas por serem pólos formadores de capital humano e pelo desenvolvimento de pesquisas e incorporação de novas tecnologias (BARATA, MENDES, BITTAR, 2010).

A dupla porta de entrada nesses hospitais representa um fenômeno recente, que se justifica pela possibilidade de arrecadar mais recursos financeiros. Ela se caracteriza pela destinação de uma parcela dos recursos físicos, pessoal e materiais desses hospitais para atender a usuários da saúde suplementar (SILVA; CAXIAS, 2016).

O atendimento desigual entre usuários do SUS e de planos de saúde tem sido apontado como o principal problema da dupla porta, uma vez que a destinação de ambulatórios e leitos localizados dentro do hospital para atendimento de usuários particulares implica menos recursos disponíveis para atendimento de usuários do SUS (BAHIA, 2009; SILVA; CAXIAS, 2016).

Embora não tenha um depoimento específico, a literatura na área demonstra que a dupla porta traz prejuízos aos serviços e usuários do SUS. Nesse contexto, os procedimentos eletivos, que não requerem atendimento imediato, são os mais prejudicados, o que pode estar relacionado à fala dos participantes no que se refere à demora para exames eletivos.

A análise do percentual de exames por ano permite melhor análise da produção, indicando os anos com maiores e menores percentuais, favorecendo também a visualização desse percentual por tipo de exame.

Tabela 6 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo comissão intergestora regional e ano, no período de 2000 a 2013

CIR	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Catanduva	262.784	81,92	30.244	9,43	8.661	2,70	2.892	0,90	10.497	3,27	5720	1,78	320.798	100
Fernandópolis	68.932	96,18	2.427	3,39	16	0,02	295	0,41	0	0,00	0	0,00	71.670	100
Jales	69.224	65,18	14.043	13,22	11.991	11,29	4.983	4,69	5960	5,61	0	0,00	106.201	100
J. Bonifácio ¹	27.208	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	27.208	100
Santa Fé ²	57.959	61,89	18.634	19,90	9.633	10,29	5.341	5,70	2.087	2,23	0	0,00	93.654	100
SJRP ³	702.669	62,00	179.857	15,87	113.566	10,02	33.530	2,96	89.376	7,89	14.384	1,27	1.133.382	100
Votuporanga	214.762	72,95	37.902	12,88	23.816	8,09	8.641	2,94	8.519	2,89	744	0,25	294.384	100
Total	1.403.538	68,56	283.107	13,83	167.683	8,19	55.682	2,72	116.439	5,69	20.848	1,02	2.047.297	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

A produção de exames diagnósticos de atenção aos agravos cardiovasculares é diferenciada no DRS XV. A CIR de José Bonifácio realiza apenas eletrocardiogramas e as CIR de Catanduva, São José do Rio Preto e Votuporanga realizam desde os exames mais simples até os mais complexos.

É interessante ressaltar que as CIR que mais realizam ECG possuem também maior proporção de consulta de urgência por habitante, Catanduva, São José do Rio Preto e Votuporanga, o que pode indicar provável realização deste exame em serviços de urgência, diminuindo, assim, o tempo de resposta no atendimento de urgências em cardiologia.

Segundo estudo de Albieri e Cecílio (2015), a falta de exames e procedimentos especializados em tempo adequado foi apontada como um empecilho para o desenvolvimento de um cuidado integral e efetivo no SUS.

Nessa perspectiva de análise, pode-se concluir que a disponibilização oportuna de exames pode ser considerada um qualificador do cuidado, o que também pode influenciar positivamente acesso em saúde.

Nesse mesmo sentido, pesquisa realizada no estado de Pernambuco identificou que um dos pontos mais evidenciados por usuários em relação à assistência prestada foi necessidade de pagar para fazer exames complementares (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013), reforçando o entendimento de que disponibilização de exames pode contribuir para um cuidado integral e efetivo.

Tabela 7 - Exames diagnósticos em cardiologia, realizados em nível ambulatorial, pelo SUS, nos municípios do DRS XV- São José do Preto, com distribuição percentual, segundo comissão intergestora regional e tipo de exame, no período de 2000 a 2013

CIR	Exames													
	Eletrocardiograma		Ecocardiograma		Ergométrico		Holter		Mapa		Cateterismo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Catanduva	262.784	18,73	30.244	10,68	8.661	5,17	2.892	5,19	10.497	9,02	5720	27,44	320.798	15,67
Fernandópolis	68.932	4,91	2.427	0,86	16	0,01	295	0,53	0	0,00	0	0,00	71.670	3,50
Jales	69.224	4,93	14.043	4,96	11.991	7,15	4.983	8,95	5960	5,12	0	0,00	106.201	5,19
J. Bonifácio ¹	27.208	1,94	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	27.208	1,33
Santa Fé ²	57.254	4,08	18.634	6,58	9.633	5,74	5.341	9,59	2.087	1,79	0	0,00	92.949	4,54
SJRP ³	702.669	50,09	179.857	63,53	113.566	67,73	33.530	60,22	89.376	76,76	14.384	68,99	1.133.382	55,38
Votuporanga	214.762	15,31	37.902	13,39	23.816	14,20	8.641	15,52	8.519	7,32	744	3,57	294.384	14,38
Total	1.402.833	100,00	283.107	100,00	167.683	100,00	55.682	100,00	116.439	100,00	20.848	100,00	2.046.592	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

Mais uma vez, confirma-se a hipótese de que no DRS XV a produção e disponibilidade de serviços são proporcionais ao aporte populacional microrregional, sendo as três maiores CIR responsáveis por aproximadamente 85% dos exames realizados no período.

A base territorial dessa região de saúde é muito ampla, com grandes distâncias a serem percorridas, mas que consegue alocar os recursos em pontos geograficamente estratégicos.

A CIR de São José do Rio Preto, na qual localiza-se o município pólo, é responsável por 55,38% do total de exames realizados. Além disso, o município situa-se na região central do território regional, permeado por grandes rodovias, o que facilita o acesso e possui um grande hospital de ensino vinculado ao SUS como um dos recursos assistenciais disponíveis.

As CIR de Catanduva e Votuporanga situam-se em pontos extremos e opostos dentro da região de saúde, permeados por importantes rodovias. Catanduva também possui hospitais de ensino, os Hospitais Padre Albino e Emílio Carlos, vinculados ao SUS.

No processo de regionalização, é importante que sejam consideradas as diversas realidades dos territórios que têm desenhos bastante diferenciados, tanto do ponto de vista de necessidades quanto de disponibilidade de recursos, resultando, muitas vezes, em acessos difíceis e iníquos, que comprometem a integralidade (CHAVES et al., 2015).

O sistema de saúde é dinâmico e, nesse sentido, os exames diagnósticos repercutem nas internações hospitalares. A análise da produção ambulatorial permitiu evidenciar variabilidade dentre as microrregiões, que remete à verificação dos percentuais de internações ao longo dos anos, com vistas a compreender a amplitude dessa variação.

Tabela 8 - Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 2000 a 2013

Ano	CIR															
	Catanduva		Fernandópolis		Jales		J. Bonifácio ¹		Santa Fé ²		SJRP ³		Votuporanga		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	3.645	24,91	1.078	7,37	1.461	9,99	779	5,32	616	4,21	5.401	36,92	1.650	11,28	14.630	100
2001	3.800	25,44	1.206	8,07	1.717	11,49	726	4,86	539	3,61	5.226	34,98	1.726	11,55	14.940	100
2002	3.551	24,44	1.315	9,05	1.675	11,53	782	5,38	529	3,64	4.855	33,42	1.822	12,54	14.529	100
2003	3.184	23,36	1.223	8,97	1.450	10,64	791	5,80	603	4,42	4.819	35,36	1.560	11,45	13.630	100
2004	3.376	24,44	1.074	7,77	1.448	10,48	839	6,07	565	4,09	4.709	34,08	1.805	13,06	13.816	100
2005	3.072	22,85	1.075	7,99	1.294	9,62	704	5,24	509	3,79	5.122	38,09	1.671	12,43	13.447	100
2006	2.925	23,36	1.107	8,84	1.148	9,17	544	4,34	608	4,85	4.422	35,31	1.770	14,13	12.524	100
2007	2.455	20,22	785	6,46	1.358	11,18	508	4,18	390	3,21	4.826	39,74	1.821	15,00	12.143	100
2008	2.409	21,55	703	6,29	1.351	12,08	571	5,11	393	3,52	4.135	36,99	1.618	14,47	11.180	100
2009	2.483	21,73	802	7,02	1.209	10,58	660	5,78	389	3,41	4.394	38,46	1.487	13,02	11.424	100
2010	2.449	21,82	784	6,99	1.194	10,64	695	6,19	365	3,25	4.365	38,89	1.372	12,22	11.224	100
2011	2.399	21,98	828	7,59	1.067	9,78	642	5,88	372	3,41	4.369	40,03	1.238	11,34	10.915	100
2012	2.418	23,46	809	7,85	873	8,47	557	5,40	299	2,90	4.235	41,09	1.116	10,83	10.307	100
2013	2.242	23,46	655	6,85	865	9,05	441	4,61	285	2,98	3.917	40,99	1.151	12,04	9.556	100
Total	40.408	23,19	13.444	7,71	18.110	10,39	9.239	5,30	6.462	3,71	64.795	37,18	21.807	12,51	174.265	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

Tabela 9 - Internações clínicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013

Ano	CIR															
	Catanduva		Fernandópolis		Jales		José Bonifácio		Santa Fé		Rio Preto		Votuporanga		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	3.645	9,02	1.078	8,02	1.461	8,07	779	8,43	616	9,53	5.401	8,34	1.650	7,57	14.630	8,40
2001	3.800	9,40	1.206	8,97	1.717	9,48	726	7,86	539	8,34	5.226	8,07	1.726	7,91	14.940	8,57
2002	3.551	8,79	1.315	9,78	1.675	9,25	782	8,46	529	8,19	4.855	7,49	1.822	8,36	14.529	8,34
2003	3.184	7,88	1.223	9,10	1.450	8,01	791	8,56	603	9,33	4.819	7,44	1.560	7,15	13.630	7,82
2004	3.376	8,35	1.074	7,99	1.448	8,00	839	9,08	565	8,74	4.709	7,27	1.805	8,28	13.816	7,93
2005	3.072	7,60	1.075	8,00	1.294	7,15	704	7,62	509	7,88	5.122	7,90	1.671	7,66	13.447	7,72
2006	2.925	7,24	1.107	8,23	1.148	6,34	544	5,89	608	9,41	4.422	6,82	1.770	8,12	12.524	7,19
2007	2.455	6,08	785	5,84	1.358	7,50	508	5,50	390	6,04	4.826	7,45	1.821	8,35	12.143	6,97
2008	2.409	5,96	703	5,23	1.351	7,46	571	6,18	393	6,08	4.135	6,38	1.618	7,42	11.180	6,42
2009	2.483	6,14	802	5,97	1.209	6,68	660	7,14	389	6,02	4.394	6,78	1.487	6,82	11.424	6,56
2010	2.449	6,06	784	5,83	1.194	6,59	695	7,52	365	5,65	4.365	6,74	1.372	6,29	11.224	6,44
2011	2.399	5,94	828	6,16	1.067	5,89	642	6,95	372	5,76	4.369	6,74	1.238	5,68	10.915	6,26
2012	2.418	5,98	809	6,02	873	4,82	557	6,03	299	4,63	4.235	6,54	1.116	5,12	10.307	5,91
2013	2.242	5,55	655	4,87	865	4,78	441	4,77	285	4,41	3.917	6,05	1.151	5,28	9.556	5,48
Total	40.408	100	13.444	100	18.110	100	9.239	100	6.462	100	64.795	100	21.807	100	174.265	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

Houve variação na produção de cada CIR por ano, mas de maneira geral, todas apresentaram decréscimo nas internações. No DRS XV como um todo, essa diminuição foi ainda mais expressiva, de 14.630 internações em 2000 para 9.556 em 2013.

Em cada uma das CIR houve comportamento diferenciado na respectiva produção de internações, sendo a CIR de São José do Rio Preto responsável por 37,18% das internações, a CIR de Catanduva por 23,19% e a CIR de Votuporanga por 12,51% das internações.

O total da produção de internações clínicas por ano variou entre 8,57% em 2001 e 5,48% em 2013. Com exceção de Votuporanga, todos os demais tiveram o menor percentual em 2013, evidenciando acentuada diminuição no período.

É interessante ressaltar que estudo realizado entre os anos de 2008 a 2010 no DRS em questão identificou que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 41,5% das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), sendo as causas mais comuns de internação a insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares e hipertensão (FERREIRA et al., 2014).

A prevenção e o controle dessas doenças têm relação direta com o desempenho dos serviços de atenção primária e diversos estudos têm sinalizado a diminuição das ICSAP relacionada ao fortalecimento da atenção básica (LENTSCK; MATIAS, 2015; MACINKO et al., 2011; REHEM; EGRY, 2011).

As internações cirúrgicas concentram-se majoritariamente na CIR de São José do Rio Preto e Catanduva, cuja estrutura hospitalar é diferenciada em relação às demais.

Tabela 10 - Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, com distribuição percentual, segundo o ano, no período de 2000 a 2013

Ano	CIR															
	Catanduva		Fernandópolis		Jales		J. Bonifácio ¹		Santa Fé ²		SJRP ³		Votuporanga		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	460	13,57	155	4,57	67	1,98	1	0,03	9	0,27	2.345	69,15	354	10,44	3.391	100,00
2001	1.072	26,80	164	4,10	28	0,70	0	0,00	3	0,08	2.373	59,33	360	9,00	4.000	100,00
2002	1.390	26,01	249	4,66	21	0,39	1	0,02	0	0,00	3.191	59,70	493	9,22	5.345	100,00
2003	1.437	26,66	256	4,75	48	0,89	17	0,32	2	0,04	3.110	57,70	520	9,65	5.390	100,00
2004	111	7,71	28	1,95	9	0,63	11	0,76	0	0,00	1.272	88,39	8	0,56	1.439	100,00
2005	329	9,40	58	1,66	15	0,43	58	1,66	2	0,06	3.024	86,38	15	0,43	3.501	100,00
2006	551	12,77	55	1,27	6	0,14	59	1,37	2	0,05	3.376	78,22	267	6,19	4.316	100,00
2007	685	14,57	138	2,94	10	0,21	99	2,11	0	0,00	3.445	73,30	323	6,87	4.700	100,00
2008	570	16,93	23	0,68	13	0,39	38	1,13	0	0,00	2.591	76,98	131	3,89	3.366	100,00
2009	503	13,39	30	0,80	7	0,19	83	2,21	50	1,33	2.940	78,25	144	3,83	3.757	100,00
2010	711	15,79	32	0,71	3	0,07	65	1,44	7	0,16	3.428	76,13	257	5,71	4.503	100,00
2011	709	14,30	35	0,71	8	0,16	31	0,63	36	0,73	3.643	73,46	497	10,02	4.959	100,00
2012	693	13,45	22	0,43	0	0,00	41	0,80	1	0,02	3.874	75,19	521	10,11	5.152	100,00
2013	595	11,01	27	0,50	4	0,07	73	1,35	0	0,00	4.139	76,61	565	10,46	5.403	100,00
Total	9.816	16,57	1.272	2,15	239	0,40	577	0,97	112	0,19	42.751	72,19	4.455	7,52	59.222	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

Tabela 11 - Internações cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, com distribuição percentual, segundo a Comissão Intergestora Regional do DRS XV, no período de 2000 a 2013

Ano	CIR															
	Catanduva		Fernandópolis		Jales		J. Bonifácio ¹		Santa Fé ²		SJRP ³		Votuporanga		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2000	460	4,69	155	12,19	67	28,03	1	0,17	9	8,04	2.345	5,49	354	7,95	3.391	5,73
2001	1.072	10,92	164	12,89	28	11,72	0	0,00	3	2,68	2.373	5,55	360	8,08	4.000	6,75
2002	1.390	14,16	249	19,58	21	8,79	1	0,17	0	0,00	3.191	7,46	493	11,07	5.345	9,03
2003	1.437	14,64	256	20,13	48	20,08	17	2,95	2	1,79	3.110	7,27	520	11,67	5.390	9,10
2004	111	1,13	28	2,20	9	3,77	11	1,91	0	0,00	1.272	2,98	8	0,18	1.439	2,43
2005	329	3,35	58	4,56	15	6,28	58	10,05	2	1,79	3.024	7,07	15	0,34	3.501	5,91
2006	551	5,61	55	4,32	6	2,51	59	10,23	2	1,79	3.376	7,90	267	5,99	4.316	7,29
2007	685	6,98	138	10,85	10	4,18	99	17,16	0	0,00	3.445	8,06	323	7,25	4.700	7,94
2008	570	5,81	23	1,81	13	5,44	38	6,59	0	0,00	2.591	6,06	131	2,94	3.366	5,68
2009	503	5,12	30	2,36	7	2,93	83	14,38	50	44,64	2.940	6,88	144	3,23	3.757	6,34
2010	711	7,24	32	2,52	3	1,26	65	11,27	7	6,25	3.428	8,02	257	5,77	4.503	7,60
2011	709	7,22	35	2,75	8	3,35	31	5,37	36	32,14	3.643	8,52	497	11,16	4.959	8,37
2012	693	7,06	22	1,73	0	0,00	41	7,11	1	0,89	3.874	9,06	521	11,69	5.152	8,70
2013	595	6,06	27	2,12	4	1,67	73	12,65	0	0,00	4.139	9,68	565	12,68	5.403	9,12
Total	9.816	100	1.272	100	239	100	577	100	112	100	42.751	100	4.455	100	59.222	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

Entre os anos 2000 e 2013, a produção de internações cirúrgicas em cardiologia variou de 3.391 (2000) para 5.403 (2013), ou seja, houve um incremento da ordem de 59,3%. Em cada uma das CIR houve comportamento diferenciado no respectivo percentual de produção de internações, apresentando variabilidade entre o percentual mínimo e máximo de participação de cada CIR em relação à produção total.

Essas internações concentram-se nas CIR de São José do Rio Preto, Catanduva e Votuporanga, que, conforme dito anteriormente, possuem estrutura hospitalar diferenciada.

A CIR de São José do Rio Preto foi responsável pela maioria das internações cirúrgicas, variando entre o mínimo de 57,7% (2003) e o máximo de 88,39% (2004).

O ano 2004 (2,43%) teve o menor percentual de internações cirúrgicas e o ano de 2013 (9,12%), o maior.

Tabela 12 – Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, com distribuição percentual, segundo o tipo e ano, no período de 2000 a 2013

Ano	Internações					
	Clínica		Cirúrgicas		Total	
	n	%	n	%	n	%
2000	14.630	81,18	3.391	18,82	18.021	100
2001	14.940	78,88	4.000	21,12	18.940	100
2002	14.529	73,11	5.345	26,89	19.874	100
2003	13.630	71,66	5.390	28,34	19.020	100
2004	13.816	90,57	1.439	9,43	15.255	100
2005	13.447	79,34	3.501	20,66	16.948	100
2006	12.524	74,37	4.316	25,63	16.840	100
2007	12.143	72,10	4.700	27,90	16.843	100
2008	11.180	76,86	3.366	23,14	14.546	100
2009	11.424	75,25	3.757	24,75	15.181	100
2010	11.224	71,37	4.503	28,63	15.727	100
2011	10.915	68,76	4.959	31,24	15.874	100
2012	10.307	66,67	5.152	33,33	15.459	100
2013	9.556	63,88	5.403	36,12	14.959	100
Total	174.265	74,64	59.222	25,36	233.487	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

No período de 2000 a 2013, foram realizadas 233.487 internações na especialidade de cardiologia. A análise do total de internações evidencia que o ano de 2008 teve o menor quantitativo de internações em cardiologia no período (14.546) e o ano 2002 correspondeu ao maior quantitativo de internações (19.874).

Ao comparar a produção de internações clínicas e cirúrgicas entre 2000 e 2013 no DRS como um todo, percebe-se decréscimo na realização de internações clínicas da ordem de 65,3% e um incremento em relação às cirúrgicas de 59,3%.

O incremento observado de internações cirúrgicas pode decorrer de inúmeras situações, a saber: usuários com resposta inadequada à terapêutica medicamentosa, usuários com agravamento da patologia e com necessidade de correção cirúrgica, seleção da demanda por internações, uma vez que, de modo geral, as internações cirúrgicas são mais bem remuneradas que as internações clínicas (CHAVES et al., 2015)

Quanto à diminuição da internação clínica, a literatura traz evidências que relacionam a expansão e fortalecimento da APS a redução de internação, conforme discutido anteriormente.

Tabela 13 - Valores absolutos e proporcionais da população, de internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia pelo SUS, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013

Variáveis	Catanduva	Fernandópolis	Jales	J.Bonifácio ¹	Santa Fé ²	SJRP ³	Votuporanga
população							
2000	266.502	106.520	100.597	77.919	41.587	571.081	169.414
2010	291.575	110.626	100.705	91.718	44.269	649.787	184.091
2013	307.310	115.210	103.948	98.182	46.371	690.701	193.727
nº de internações clínicas							
2000	3.645	1.078	1.461	779	616	5.401	1.650
2010	2.449	784	1.194	695	365	4.365	1.372
2013	2.242	655	865	441	285	3.917	1.151
nº de internações cirúrgicas							
2000	460	155	67	1	9	2345	354
2010	711	32	3	65	7	3428	257
2013	595	27	4	73	0	4139	565
% população com internação clínica							
2000	1,37	1,01	1,45	1,00	1,48	0,95	0,97
2010	0,84	0,71	1,19	0,76	0,82	0,67	0,75
2013	0,73	0,57	0,83	0,45	0,61	0,57	0,59
% população com internação cirúrgica							
2000	0,17	0,15	0,07	0,00	0,02	0,41	0,21
2010	0,24	0,03	0,00	0,07	0,02	0,53	0,14
2013	0,19	0,02	0,00	0,07	0,00	0,60	0,29
Proporção hab/internação clínica							
2000	73,11	98,81	68,85	100,02	67,51	105,74	102,68
2010	119,06	141,10	84,34	131,97	121,28	148,86	134,18
2013	137,07	175,89	120,17	222,63	162,71	176,33	168,31
Proporção hab/internação cirúrgica							
2000	579,35	687,23	1501,45	77919,00	4620,78	243,53	478,57
2010	410,09	3457,06	33568,33	1411,05	6324,14	189,55	716,31
2013	516,49	4267,04	25987,00	1344,96	0,00	166,88	342,88

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS);
Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio; Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul; SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

Nos anos 2000, 2010 e 2013, o percentual da população com internações clínicas foi decrescente em todos as CIR. O percentual da população com internações cirúrgicas, nos mesmos anos, foi crescente nas três maiores CIR.

Quanto às internações clínicas, a CIR de Santa Fé do Sul é a que apresenta menor proporção de habitantes, no ano 2000, com uma internação clínica para cada 67 habitantes, e a CIR de José Bonifácio, no ano 2013, apresenta a maior proporção, 222 habitantes para cada internação clínica. Em todos as CIR a proporção de habitantes por internação clínica aumentou, sinalizando que os usuários estão tendo menos internações clínicas ao longo dos anos.

Figura 8 - Internações em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, segundo o tipo e ano, no período de 2000 a 2013

A representação gráfica dos tipos de internação (Figura 8) evidencia o declínio das internações clínicas ao longo de todo o período de estudo. As internações cirúrgicas, após período de oscilação entre os anos de 2002 a 2007, apresentam uma gradual ascensão.

É importante ressaltar que, embora os dados quantitativos sinalizem acentuada melhora no acesso às internações cirúrgicas, há uma fala consensual dos participantes sobre as dificuldades relacionadas à internação cirúrgica eletiva, desde

a realização de consultas de acompanhamento, exames pré-operatórios e realização do procedimento eletivo, o que não ocorre em relação às internações cirúrgicas oriundas de atendimento de urgência.

“O maior problema são os exames pré-operatórios, pré-cirúrgicos, no caso de ter que fazer um procedimento mais adequado, mais avançado”.

RM16-2

Embora não tenha um depoimento específico e conforme já discutido em relação aos exames eletivos, a literatura na área demonstra que a dupla porta em hospitais de ensino traz prejuízos aos serviços do SUS, inclusive em função do ganho financeiro que isso proporciona para professores médicos que utilizam a estrutura de hospital e a própria condição de professor para viabilizar esse tipo de atendimento (SILVA; CAXIAS, 2016).

Também no que se refere a internações, diversos hospitais de ensino, dentre eles os que se situam no DRS de estudo, destinam parcela dos recursos existentes para atender a usuários de planos de saúde.

Nesse contexto, estudo relacionado às hospitalizações no estado de São Paulo indica que o Departamento Regional de Saúde São José do Rio Preto é o segundo em índice de leitos por habitantes. Contudo, nessa região as internações ocorreram significativamente por sistemas privados (41,7%), muito além da média estadual de 30,1% (ROCHA; MONTEIRO; MOREIRA, 2015).

Em relação às internações oriundas de atendimento de urgência, não há qualquer menção de dificuldades de acesso, mesmo para as consultas de retorno geradas pela internação:

“Se eu mandar 10 pacientes para passar pela emergência e eles pedirem o retorno de todos, eles já saem basicamente agendados lá de dentro”

RM10-2

Não é raro, no sistema de saúde, a postergação de procedimentos eletivos em detrimento de atendimentos de urgência. Nessas circunstâncias, muitos procedimentos outrora eletivos, dado o lapso temporal, acabam por se tornar urgentes, um típico dificultador do acesso, com implicações negativas para o usuário

e também para o sistema de saúde.

Fato muito citado pelos profissionais dos municípios, essa dificuldade de acesso relacionada ao atendimento eletivo é, de certa forma, ratificada pelos participantes que alertam para o fato de prestadores de alta complexidade excederem o teto financeiro pactuado e acenarem para a incorporação de serviços especializados:

“A Santa Casa de Votuporanga, que é credenciada para aquelas regiões de saúde, ultrapassa o teto que foi disponibilizado. A Santa Casa de Rio Preto ultrapassa o teto que foi disponibilizado para ela, então eles estão atendendo além do pactuado. O HB ultrapassa, e muito, e o Padre Albino também, que são todos referências de alta complexidade” RM1-3

“ Estão sendo inseridos leitos de unidade coronariana, o HB já tem uma e vai inaugurar uma em Votuporanga, e aqui na Santa Casa de Rio Preto tem uma intenção também, intenção ainda por que estão construindo”. RM1-3

A dificuldade de acesso a serviços de saúde de maior densidade tecnológica tem sido identificada na literatura como um dos fatores para fragmentação do cuidado à saúde. A perspectiva da integralidade da atenção só é possível quando o usuário tem acesso a todos os serviços necessários, inclusive os mais sofisticados (SILVA, 2011).

Uma internação cirúrgica em cardiologia, além de todos os recursos pré-operatórios, requer também investimentos para o cuidado do usuário após a cirurgia, demandando recursos materiais e tecnológicos, além de pessoal altamente especializado.

A atenção em alta complexidade cardíaca, área que necessita de assistência sofisticada e onerosa ao sistema de saúde, requer planejamento para a atenção e gerenciamento do cuidado dos usuários. Para tanto, faz-se necessária a priorização de ações preventivas, que são menos onerosas tanto para o usuário quanto para o sistema de saúde.

É interessante também acompanhar, no período, a proporção entre os exames diagnósticos pelo SUS e o total de internações em cardiologia

Tabela 14 – Proporção entre exames diagnósticos e total de internações em cardiologia pelo SUS, nos municípios do DRS XV, segundo tipo de exame, no período de 2000 a 2013

Ano	Tipo de Exame					
	Eletrocardiograma	Ecocardiograma	Ergométrico	MAPA	Holter	Cateterismo
2000	3,11	0,74	0,26	0,07	0,09	0,01
2001	3,48	0,71	0,27	0,04	0,08	0,03
2002	3,50	0,64	0,36	0,03	0,06	0,04
2003	2,30	0,61	0,45	0,09	0,12	0,06
2004	2,92	0,80	0,45	0,71	0,11	0,11
2005	3,65	0,75	0,44	1,38	0,12	0,11
2006	4,57	0,63	0,45	1,35	0,11	0,10
2007	5,13	0,89	0,55	1,38	0,14	0,13
2008	8,11	1,13	0,85	0,36	0,21	0,13
2009	8,61	1,88	1,20	0,24	0,35	0,10
2010	9,26	2,00	1,22	0,30	0,40	0,10
2011	10,12	2,15	1,28	0,32	0,49	0,11
2012	10,90	2,20	1,30	0,34	0,57	0,12
2013	11,72	2,43	1,39	0,55	0,66	0,14

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Quando se compara a produção de exames e as internações em cardiologia, no período, há expressivo incremento na proporção de exames para cada internação, evidenciando ampliação da atenção ambulatorial.

Entende-se que esse resultado requer, em outra oportunidade, análise aprofundada no que diz respeito a resolubilidade, duplicação de exames, diretrizes e protocolos para indicação de exames, além de aspectos relativos a protocolos de regulação.

O uso de dados secundários constitui-se em uma importante ferramenta de análise para realização de estudos avaliativos, pelo baixo custo, facilidade no acesso e rapidez na obtenção da informação, o que pode dar mais agilidade ao processo.

A análise da mortalidade pode retratar os resultados obtidos por meio dos recursos empregados, neste caso, dos serviços de atenção aos agravos cardiovasculares. Assim, a escolha de dados que possam se transformar em informação de relevância para a avaliação deve contemplar informações referentes aos índices de mortalidade, que podem revelar a eficiência do sistema de saúde.

Tabela 15 - Valores absolutos e proporcionais da população, óbitos por doenças do aparelho circulatório, por Comissão Intergestora Regional do DRS-XV, no período de 2000 a 2013

Variáveis	Catanduva	Fernandópolis	Jales	J. Bonifácio ¹	Santa Fé ²	SJRP ³	Votuporanga	Total
população								
2000	266.502	106.520	100.597	77.919	41.587	571.081	169.414	1.333.620
2010	291.575	110.626	100.705	91.718	44.269	649.787	184.091	1.472.771
2013	307.310	115.210	103.948	98.182	46.371	690.701	193.727	1.555.449
mortalidade								
2000	643	170	235	171	73	1.249	416	2.957
2010	710	194	231	198	97	1.383	448	3.261
2013	653	196	213	194	97	1.307	416	3.076
% população com mortalidade								
2000	0,24	0,16	0,23	0,22	0,18	0,22	0,25	0,22
2010	0,24	0,18	0,23	0,22	0,22	0,21	0,24	0,22
2013	0,21	0,17	0,20	0,20	0,21	0,19	0,21	0,20
Proporção hab/mortalidade								
2000	414,47	626,59	428,07	455,67	569,68	457,23	407,25	451,00
2010	410,67	570,24	435,95	463,22	456,38	469,84	410,92	451,63
2013	470,61	587,81	488,02	506,09	478,05	528,46	465,69	505,67

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

J. Bonifácio¹ CIR de José Bonifácio

Santa Fé² CIR de Santa Fé do Sul

SJRP³ CIR de São José do Rio Preto

No DRS como um todo, houve diminuição do percentual de óbitos por doenças cardiovasculares. No ano de 2013 a proporção de habitantes que foram a óbito em decorrência de agravos cardiovasculares teve um incremento em relação ao ano 2000, passando de 451 para 505 habitantes para cada óbito, sinalizando que menos pessoas estão morrendo em decorrência do grupo de doenças que compõem esses agravos.

Nos anos 2000, 2010 e 2013, a mortalidade apresentou comportamento diferenciado nas CIR. Catanduva, Jales, São José do Rio Preto e Votuporanga apresentaram um decréscimo no percentual da população com óbito. Nas CIR de Fernandópolis, José Bonifácio e Santa Fé do Sul, ocorreu aumento.

Embora não se tenha medido o tempo de resposta às urgências cardiovasculares, as microrregiões que apresentaram os melhores percentuais em relação à mortalidade são as que mais ofertam serviços em cardiologia, tanto de atenção hospitalar quanto pré hospitalares de urgência e também especializados e, conseqüentemente, possuem recursos que favorecem o acesso.

Em termos epidemiológicos, o infarto do miocárdio representa mais de 80% dos casos de doença isquêmica do coração, sendo considerada a mais significativa doença cardiovascular. Um dos fatores que contribuem para a diminuição da mortalidade por essa doença é o rápido atendimento, haja vista que quanto mais precoce a sua inicialização, maior o benefício terapêutico (MORAIS et al., 2009; SILVA; NOGUEIRA, 2012).

O controle dos fatores de risco, melhorias nos tratamentos clínicos e intervencionistas são as principais justificativas para a redução da mortalidade nos países mais desenvolvidos (MANSUR; FAVARATO, 2016).

A instituição de políticas públicas de prevenção das DCV deve ser intensificada com o objetivo de restituir a tendência de queda da mortalidade. Isto porque os fatores ambientais, ocupacionais, comportamentais e metabólicos relacionam-se a quase 90% dos anos de vida ajustados por incapacidade e de mortes por DCV (FOROUZANFAR et. al., 2015).

Sintetizando, a apresentação gráfica do total dos procedimentos estudados por ano (Figuras 9, 10 e 11) pode favorecer a apresentação visual, facilitando a compreensão do comportamento de consultas, exames e internações no período analisado.

Figura 9 – Consultas em atenção básica, cardiologia e urgência, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, no período de 2000 a 2013

O número de consultas em atenção básica, cardiologia e urgência apresenta-se de maneira ascendente no período, demonstrando visível ampliação da realização deste tipo de serviço no âmbito do DRS XV.

As consultas médicas podem ser realizadas para fins preventivos, de diagnóstico, tratamento/acompanhamento de condições já instaladas e também de reabilitação. A realização de consultas pode demandar a realização de exames, procedimentos, indicação de tratamento medicamentoso, não medicamentoso, de internação hospitalar e até de avaliação e cuidados por outros profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, aumentar a produção de consultas pode levar ao desenvolvimento de ações que favoreçam a integralidade da atenção, principalmente se acompanhadas de atividades complementares de atenção à saúde, com disponibilidade de recursos que assegurem o cuidado qualificado e resolubilidade da atenção.

Figura 10 – Exames especializados em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, no período de 2000 a 2013

A visível expansão do quantitativo de exames decorre do incremento no número de consultas e melhoria do acesso.

É interessante ressaltar que exames realizados oportunamente podem favorecer o adequado estabelecimento de diagnósticos, bem como a indicação de tratamentos, situação desejável que tende a diminuir o risco de complicações e as internações.

Figura 11 – Total de internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia, realizadas pelo SUS, nos municípios do DRS XV – São José do Rio Preto, no período de 2000 a 2013

Mendes e Bittar (2014) afirmam que a capacidade da atenção primária de resolver os problemas de saúde locais está estreitamente relacionada à utilização de serviços de internação, bem como de internações desnecessárias, reduzindo ou evitando esse tipo de intervenção. A notável tendência à queda nas internações, nesse contexto, pode decorrer da melhoria do acesso a consultas e exames.

7.2 Aspectos que favorecem o acesso a atenção cardiovascular

Considerando o referencial teórico para análise, na perspectiva das dimensões do acesso propostas por Assis e Jesus (2012), as falas dos participantes foram organizadas em cinco categorias empíricas entendidas como facilitadores do acesso: **estruturação da rede de atenção, fortalecimento da gestão, qualificação da atenção, melhoria da estrutura dos serviços e aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença**. Para cada categoria, foram elencadas estratégias e, para cada estratégia, as ações a serem priorizadas.

7.2.1 Dimensão Organizacional

Dificuldade de acesso a serviços de saúde é tema atual e recorrente, cujas estratégias para superação representam uma árdua e complexa tarefa, relacionadas aos cenários políticos e de gestão do SUS, tanto no que se refere às macropolíticas de saúde quanto às micropolíticas, mais especificamente na organização dos sistemas regionais de saúde.

Para organizar o acesso, Assis et al. (2015) defende que a organização da APS é um tema premente para o desempenho do sistema de saúde, especialmente pelo fato de que 80% das necessidades de saúde da população podem ser solucionadas nessa esfera de atenção. Não obstante, um dos atributos da APS é o de coordenação entre os níveis assistenciais (STARFIELD, 2002).

Assis e Jesus (2012) reportam a essa categoria temas como: atenção básica, fluxo do atendimento, barreiras geográficas, regulação, referência/contrarreferência e avaliação.

Na dimensão organizacional, emergiu a categoria “**estruturação da rede de atenção**”, englobando aspectos relativos à interferência de fatores organizacionais no acesso à atenção cardiovascular, tendo implicações positivas na superação da fragmentação do cuidado e no aperfeiçoamento do sistema regional de saúde.

Os resultados evidenciam que a estruturação pode ser alcançada por meio das **estratégias de empoderamento da atenção básica, da organização dos fluxos de atendimento, do fortalecimento da regulação local e regional, da redução das barreiras geográficas de acesso e do fortalecimento da avaliação de serviços de saúde**, conforme apresentado na Figura 12:

Figura 12 - Estratégias que levam estruturação da rede de atenção

O fortalecimento da atenção básica tem sido valorizado como estratégia de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde (CECILIO et al., 2012).

Nessa perspectiva, o empoderamento da AB está intrinsecamente relacionado à consolidação da sua função de porta de entrada, ao aumento da sua capacidade resolutiva, bem como à capacidade de articular ações de saúde pública, vigilância em saúde e assistência (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A desigualdade de acesso e de qualidade nesse nível de atenção cria inúmeras dificuldades para o desenvolvimento do restante do sistema (MENDES; BITTAR, 2014). O **empoderamento da AB** torna-se uma estratégia fundamental e imprescindível para a melhoria do acesso no SUS, sendo possível elencar ações que favoreçam o alcance dessa estratégia, como **fornecer apoio técnico, fortalecer a porta de entrada e priorizar ações preventivas**, descritas na Figura 13:

Figura 13 - Ações para empoderamento da Atenção Básica

Sobre **fornecer apoio técnico**, merece destaque o trabalho dos articuladores da atenção básica, referido como um aspecto muito positivo para a organização da assistência. São profissionais vinculados à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), que tem como atribuição dar apoio para os municípios, com o objetivo de auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011). A relevância dessas ações pode ser verificada nas falas a seguir:

“Tem os articuladores de atenção básica que atuam junto com os municípios no sentido de organizar a assistência em saúde, a atenção básica dentro de cada município e de acordo com cada realidade”. RM1-1

“Eu acho que a DRS tem tido um papel importante aqui na região, principalmente as articuladoras, elas dão feedback daquilo que precisa. Elas têm uma percepção muito importante. Indicam o que devemos fazer, conversam individualmente com as enfermeiras, com a equipe. Eu acho isso muito positivo!”. GM4-1

A adoção do apoio matricial também foi citada como um aspecto positivo, uma vez que prioriza o diálogo e a articulação de serviços de níveis de densidade

tecnológica diferentes para a qualificação e retaguarda assistencial necessárias.

O apoio matricial é uma ferramenta que favorece a construção coletiva de conhecimentos da equipe de saúde com a equipe de apoio, refletindo melhor aptidão e segurança dos profissionais no manejo adequado dos usuários (JORGE et al., 2014).

Além da qualificação, a inerente aproximação da equipe com a gestão e com os especialistas ajuda também no enfrentamento de problemas estruturais, como a dificuldade para encaminhamento a serviços especializados (HOEPFNER et al., 2014), como é possível apreender na fala:

“A gente está trabalhando a alta qualificada (...) o hospital está com uma proposta de matriciamento com a atenção básica (...), tem dois representantes de cada município, o hospital tem contato com esses profissionais para avançar nas ações relativas à alta.” RM1-2

O **fortalecimento da porta de entrada**, tornando-a eficiente e resolutive, é uma ação facilitadora do acesso, uma vez que traz benefícios reais para toda rede de atenção, tanto porque a AB precisa primar pela qualificação quanto porque é uma estratégia resolutive, como é possível evidenciar nas falas a seguir:

“A porta de entrada é a atenção básica, que tem que estar especializada, tem que estar capacitada. Se você não tem essa capacitação, aí enterra toda a rede” RM1-2

“Se a gente tivesse mais profissionais realmente especializados na atenção primária, na estratégia de saúde da família, poderíamos resolver mais”. GM18-1

“O Programa de Saúde da Família trouxe para o município o acompanhamento. Mesmo que esse paciente não venha no grupo, não venha na consulta, a Saúde da Família tem o controle do problema do paciente e tenta trazê-lo. É um trabalho de formiguinha...” GM19-1

“Nós temos feito através das enfermeiras da ESF a reunião de grupo,

palestras, e a busca ativa de pacientes. É um trabalho lento, mas dá resultado” GM7-1

As doenças cardiovasculares impactam significativamente no planejamento e no custo das ações efetuadas pelo SUS, não só na assistência, mas também no desenvolvimento de ferramentas que permitam melhorar a abordagem de seus fatores de risco (HOEPFNER, 2014). Nesse sentido, **priorizar ações preventivas**, utilizando dispositivos para acolhimento, detecção e tratamento precoces que podem implicar na redução da utilização de recursos de maior complexidade assistencial, são consideradas ações facilitadoras do acesso:

“A Atenção Básica cuida muito das pessoas, principalmente quem tem problema no coração. Faz esse acolhimento para não deixar que aconteça uma coisa pior...” RM14-2

“A Atenção Básica tenta suprir toda necessidade e atender o paciente, para que ele não adoça. O nosso trabalho é constante em cima disso. Se tiver ferramenta para atender o paciente na atenção primária, ele vai adoecer menos e vai ser encaminhado menos” GM18-1

Assim, a estratégia de **empoderamento da AB**, no cenário dessa investigação, inclui ações de **fortalecer apoio técnico e porta de entrada**, assim como **priorizar ações preventivas**, evidenciando o conjunto que pode favorecer o acesso a atenção cardiovascular.

A **organização de fluxos de atendimento**, estratégia para a conformação da rede de atenção, é uma estratégia complexa e multifacetada. Para Mendes e Bittar (2014), o arranjo dos fluxos de atendimento relaciona-se diretamente aos processos de atenção à saúde, tais como o modelo de atenção inadequado à realidade local, falta de priorização de riscos, de definição de protocolos e de implantação de linhas de cuidado, bem como do acompanhamento deficiente das condições crônicas.

A adoção de ações que colaboram para organização desses fluxos é especialmente útil para melhoria do acesso na atenção cardiovascular, especialmente na região de estudo, dada a estrutura e oferta de serviços existentes:

“A gente tem uma oferta boa de serviços para atendimento das doenças cardiovasculares. Cardiologia não é uma grande dificuldade nossa, nem de exames tem tanta dificuldade, só alguns de maior complexidade. Acho que o problema é mais a questão da organização da assistência mesmo”. RM1-1

É possível elencar ações que favorecem a **organização de fluxos de atendimento**, tais como **estabelecer diretrizes técnicas**, **instituir a gestão do cuidado** e **garantir a referência e contrarreferência**, descritas na Figura 14:

Figura 14 - Ações para a organização dos fluxos de atendimento:

No SUS, os fluxos de atendimento devem ser pensados na perspectiva da integralidade e do cuidado longitudinal (MENDES, 2015). Nesse sentido, entende-se um conjunto de ações articuladas e não apenas o trajeto a ser percorrido pelo usuário.

Ações para **estabelecer diretrizes técnicas** como linhas de cuidado e protocolos assistenciais podem contribuir para a continuidade e qualidade da assistência, como é possível verificar nas falas:

“A cardiologia não está com tanta dificuldade porque tem as linhas de cuidado, então melhorou bastante”. GM6-1

“Desde 2011 a gente vem tentando fazer a reorganização do serviço com a implantação da linha de cuidado da hipertensão e diabetes. Todos os pacientes estão vinculados a um médico clínico que faz esse acompanhamento. No caso de alguma alteração, eles fazem o encaminhamento para avaliação pelo cardiologista”. GM9-1

“Os municípios tem tentado se adequar para a implantação das linhas de cuidado, adotando os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado para solicitação de exames anuais, para acompanhar os hipertensos, diabéticos e aqueles que têm comorbidades que possam vir a desenvolver alguma doença cardiovascular”. RM1-1

Além de conferir maior qualidade à assistência prestada, diretrizes técnicas, protocolos clínicos e de regulação também colaboram com a racionalização e otimização de recursos, repercutindo, assim, em melhorias no acesso:

“No DRS, o que foi muito positivo foi o protocolo que o AME elaborou. Antes o paciente ia para o AME, queimava a primeira consulta e, depois que ele ia, voltava para fazer os exames. Agora ele só é encaminhado de acordo com alguns critérios e com relação de exames”. GM18-1

“Nós tínhamos uma fila enorme que foi amenizada devido aos protocolos. Eu sou fã de protocolo”. GM20-1

Em um sistema de saúde coeso e acessível, o processo de trabalho deve ser voltado para ações para **instituir gestão do cuidado** e não para a fragmentação da assistência, cujos problemas se refletem em diferentes pontos de atenção, leva a uma procura desorientada por diversos serviços de saúde, tendência essa que é exacerbada pela presença de comorbidades, especialmente nas doenças crônicas (BARNETT et al., 2012).

A gestão do cuidado em saúde promove a disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa

(CECÍLIO, 2011). Ter um processo de trabalho centrado na gestão do cuidado colabora com a organização da atenção, na medida em que favorece a articulação de serviços para o acompanhamento do usuário na perspectiva da integralidade, implicando também, em melhoria do acesso:

“A pessoa vai ao serviço de emergência 24 horas com hipertensão, as funcionárias direcionam para o ambulatório. De rotina, a enfermeira do ambulatório pega todas as fichas da urgência, separa se é hipertenso, diabético, se é gestante e direciona para a ESF. A enfermeira da ESF vai e faz a visita para esse paciente...”. GM2-1

A integralidade da atenção não se esgota em um único serviço ou região de saúde. O principal elemento para a integração dos serviços e/ou redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (SERRA, RODRIGUES, 2010).

Ações para **garantir a referência e contrarreferência** referem-se não apenas o acesso do usuário, como também a continuidade do seu tratamento/acompanhamento, a depender do serviço para o qual seja referenciado ou contrarreferenciado.

Na região de estudo, o serviço de atenção ambulatorial especializado é responsável tanto por referenciar usuário para o serviço hospitalar quanto por fazer a contrarreferência aos serviços de atenção básica, algo tido como muito positivo:

“Os médicos do AME mandam contrarreferência para os municípios, e os nossos médicos vêem o que foi feito, tudo guardado no prontuário do paciente.” RM11-2

“O AME tem contrarreferência e geralmente só dá a contrarreferência quando devolve o paciente. No caso do paciente precisar da alta complexidade ou de um outro tipo de atendimento, aí o AME pede o agendamento no hospital ” GM9-1

A resposta às demandas dos usuários é prioritária no sistema de saúde,

uma vez que, não sendo atendido ou tendo limitações/barreiras para o acesso, o próprio usuário estabelece o seu percurso para resolver a sua necessidade.

Nesse sentido, a **organização de fluxos de atendimento** para os participantes implica em ações para **estabelecer diretrizes técnicas**, para **instituir a gestão do cuidado** e **garantir referência e contrarreferência**.

A estratégia de **fortalecimento da regulação local e regional** é bastante consagrada para organização da rede de atenção e emerge na fala dos participantes como um meio bastante útil para facilitar o acesso em saúde.

A regulação em saúde refere-se a uma gama de instrumentos para disponibilizar o percurso assistencial adequado, acessível, em tempo oportuno, para atender às necessidades dos usuários.

O que antecede esse processo é o diagnóstico das necessidades de saúde, a definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades federadas e o estabelecimento de protocolos e fluxos dos usuários nos diferentes níveis de atenção de suas unidades componentes (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Em termos legais, pode ser classificada em Regulação de Sistemas de Saúde, exercida sobre os sistemas; Regulação da Atenção à Saúde, exercida sobre a produção das ações de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade; e Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação do Acesso ou, ainda, Regulação Assistencial – exercida sobre a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 2008)

No contexto dos participantes do estudo, emergiram apontamentos relacionados à regulação da atenção e regulação do acesso em saúde.

A regulação da atenção envolve processos como planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O gerenciamento dos fluxos assistenciais diz respeito à regulação do acesso que, se aplicado a uma região de saúde, conduz à reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde, o qual pode afetar diretamente a qualidade de vida dos indivíduos e diz respeito à regulação do acesso (SILVA, 2012).

Implementar serviços de regulação municipal, criar grupo técnico de discussão sobre regulação, promover estudos técnicos sobre oferta e demanda utilizando instrumentos de análise foram as ações citadas para o

fortalecimento da regulação, uma estratégia fundamental e imprescindível para a melhoria do acesso no SUS, conforme descrito na Figura 15:

Figura 15 - Ações para o fortalecimento da regulação local e regional:

Implementar serviços de regulação municipal, com foco na regulação da atenção, esteve muito presente na fala de gestores e profissionais, que referem ter aderido à criação de Unidades de Avaliação e Controle (UAC), algo tido como fundamental para organização da atenção:

“Depois que organizamos a UAC todas as guias passam pelo regulador. É revisto fielmente, são feitos os exames laboratoriais. Eu anexo todos os exames nas guias, já é encaminhado com exames laboratoriais. “Acho que funciona.” GM20-1

“Logo que foi se falando em regulação, já implantaram no sistema aqui dentro, então facilitou demais o serviço, facilitou muito. Ficou muito melhor trabalhar” RM20-2

“Tem um médico regulador que olha as guias quando o médico do ambulatório encaminha” RM8-2

A função de regulação é uma premissa do Estado que tem estreita relação com planejamento, controle, avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, para garantir a assistência integral aos usuários do SUS (SILVA, NOGUEIRA, 2012). **Criar grupo técnico de discussão sobre regulação** conduzido pelo DRS foi tida como uma ação importante e necessária para a eliminação das “filas de espera” na cardiologia, além de traçar diretrizes para a organização da assistência:

“A gente fez um trabalho para implantação de um grupo de regulação municipal para minimizar a fila real. Porque muitas vezes tinham 200 pacientes, mas daqueles 200 pacientes muitos já fizeram, muitos não tinham mais necessidade, encaminhamentos errados também”. RM1-2

“Temos o grupo técnico de regulação que discute sobre algumas linhas de cuidado”. RM1-1

As condições de acesso da população também são influenciadas pelo dimensionamento adequado da oferta de ações e serviços de saúde em relação ao número de habitantes e suas necessidades (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Verifica-se uma clara tendência à disponibilização de ações e serviços, vinculada à oferta do mercado, realçando o papel do Estado na mediação e priorização das demandas reais, a fim de que a produção de serviços seja regulada pela necessidade e não pela disponibilidade.

O rompimento da lógica de gestão baseada na oferta, na disponibilidade de serviços e a instituição gestão de base populacional, por meio do conhecimento profundo das necessidades da população usuária, parece ser um elemento essencial para a organização da rede de atenção (MENDES, 2015).

Nesse contexto, **promover estudos técnicos sobre oferta e demanda**, tanto em nível local quanto regional, foi identificada como uma ação facilitadora do acesso, atividade executada tanto pelos municípios quanto pelo estado:

“Há sempre essa conduta, de fazer a busca e olhar a demanda, e em cima dessa demanda propor algumas ações...” RM1-5

“Todo mês é repassada uma quantidade, é feita uma planilha com a demanda reprimida do município. A regulação faz a contagem das guias que tem e manda a demanda reprimida de cada especialidade para eles fazerem uma avaliação, ver o que está sobrando, para ver se eles conseguem mudar” GM8-1

Para essa ação, o instrumento de análise mais referido pelos participantes foi a planilha de regulação, que contém dados sobre a demanda dos municípios, é mensalmente enviada para o DRS, que otimiza recursos em termos regionais e colabora para o planejamento local, uma vez que confere maior organização a regulação municipal:

“A equipe da DRS sempre comunica, a gente faz a planilha de demanda reprimida e manda para elas, estão sempre nos ajudando. Elas vêem a deficiência de cada município e entram em contato.” RM8-2

“Então, por essa planilha, o DRS tem uma idéia geral e total, do que tem de demanda dentro do município”. RM2-2

“Se alguém chega para saber que dia o paciente trouxe a guia, para que médico, que médico solicitou, tem. A planilha tem tudo do paciente, onde ele foi, quantas vezes passou no AME, quantas vezes passou no HB, entendeu?” GM2-1.

A lógica da oferta e da demanda precisa ser monitorada, avaliada, para que não haja implicações em disponibilizar recursos assistenciais desnecessários, nem permitir lacunas no fortalecimento de assistência que gerem demanda reprimida em filas de espera, tampouco a oferta assistencial pode ser desconectada de análise de perfil demográfico, epidemiológico e de rede assistencial disponível.

Nesse sentido, a regionalização da saúde é uma diretriz organizacional do SUS que busca ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, de modo a viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada, em qualquer parte do território, guiada por

uma racionalidade sistêmica (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Essa “racionalidade” relacionada à área da saúde insere-se em um contexto macro dentro da administração pública, o princípio da eficiência, que dispõe sobre a alocação de recursos que maximizem resultados e minimizem custos, de modo a garantir a sustentabilidade do sistema público de saúde (CIRINO et al., 2016).

A operacionalização da regionalização em saúde atende a esse princípio; contudo, sua operacionalização enfrenta numerosas dificuldades para efetivação, dentre elas, uma adequada distribuição geográfica e operacional das ações de saúde, em diferentes níveis de atenção articulados entre si (ROSA et al., 2009).

A acessibilidade geográfica também pode ser entendida como balizadora do acesso, em especial em regiões muito distantes, com implicações tanto para o atendimento do usuário quanto para a gestão eficiente de recursos financeiros, impactando em gastos com o transporte sanitário de usuários.

Na perspectiva da estratégia de **redução das barreiras geográficas de acesso, considerar a distância para o processo de pactuação de referências** pode ser entendido como uma ação para redução dessas barreiras, conforme segue na Figura 16:

Figura 16 - Ação para a redução das barreiras geográficas de acesso:

As barreiras geográficas são consagradas limitações para estruturação da rede de atenção e para o acesso, sendo identificadas na literatura e também na fala dos participantes:

“Está com sobra consulta às vezes, mas assim, sobra de consulta em alguma região, que muitas vezes fica longe.” RM1-2

“Se de repente a gente conseguisse os exames mais próximos de Rio Preto seria melhor, porque às vezes você encontra um paciente que tem resistência para ir para uma cidade mais longe. Agora, se nós conseguirmos concentrar os exames mais na cidade de Rio Preto, ajudaria. Seria mais fácil.” GM7-1

Cabe destacar que a questão geográfica a ser considerada nas pactuações para referência a outros serviços diz respeito a possíveis implicações no tocante ao impacto financeiro para o sistema e o próprio usuário para deslocamentos necessários, acrescido de aspectos operacionais de articulação de serviço de saúde com serviço de transporte, assim como possibilidade de não comparecimento ao serviço agendado, com implicações relativas a ociosidade e posição interrupção de seguimento do usuário.

Ainda na categoria de **estruturação da rede de atenção**, estratégia de **fortalecimento da avaliação de serviços de saúde** foi elencada como facilitadora do acesso por ter implicações reais na estruturação da rede de atenção, em especial pela adoção de ações voltadas à **institucionalizar ações de avaliação e monitoramento**, conforme descrito na figura 17:

Figura 17 - Ação para fortalecimento da avaliação de serviços de saúde:

O conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes, em tempo oportuno, para subsidiar tomada de decisão, encaminhamento de solução, redução de problemas e correção de rumos (TAMAKI et al., 2012). Sua operacionalização está intrinsecamente relacionada à avaliação, demanda prevista no SUS (BRASIL, 2011) que vem ganhando maior destaque no cenário nacional.

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos serviços de saúde propicia aos gestores as informações requeridas para a definição de meios de intervenção, conforme apontado:

“Ação para potencializar é o monitoramento e a avaliação. As ações que funcionam a gente sabe quais são, mas se não monitorar, avaliar, elas não acontecem. Fazer monitoramento, avaliação para que o que já foi detectado dentro da gestão que funciona, continue a acontecer.” GM12-1

Nesse contexto, um programa específico do Ministério da Saúde que tem como objeto a avaliação dos serviços de AB, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foi citado por proporcionar ao gestor avaliação diagnóstica da atenção básica, componente essencial para a estruturação da rede de atenção:

“O PMAQ trouxe esse aspecto de avaliar a atenção básica e ver a situação, melhorar a questão de atendimento. O PMAQ ajudou muito e incentivou também quem faz saúde”. GM15-1

Nessa mesma perspectiva de análise, FEITOSA et al. (2016) relataram que o PMAQ possibilitou a construção de mudanças que induzem a avaliação e o monitoramento de desempenho permanente da atenção básica.

Em síntese, as estratégias e ações relacionadas à dimensão organizacional do acesso estão intimamente relacionadas ao empoderamento da AB, que deve atuar como coordenadora do cuidado, a organização dos fluxos de atendimento, fortalecimento da regulação e redução das barreiras geográficas, com custos suportáveis ao sistema, além de promover estratégias para avaliação e monitoramento de serviços, a fim de obter um impacto expressivo no cuidado.

7.2.2 Dimensão Política

A dimensão política é uma outra perspectiva para análise do acesso, referindo-se ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular, pactuação entre as instâncias (estadual e municipal), participação social e o acompanhamento do processo e tomada de decisão fazem parte dessa dimensão (ASSIS; JESUS, 2012), além da construção de sujeitos políticos, livres para decidir acerca de seu destino, com autonomia e consciência social (JESUS; ASSIS, 2010).

Embora exista uma normativa legal que discrimine o direito da sociedade de participar ativamente da tomada de decisão relativa ao sistema de saúde e a participação popular esteja implicada nessa dimensão, não houve relatos dos participantes que pudessem ser agrupados para identificar uma categoria relacionada especificamente à participação da sociedade, possivelmente pelo pouco protagonismo do controle social na discussão dos aspectos de gestão do SUS.

Nessa dimensão, as estratégias voltadas ao **fortalecimento da gestão do SUS** pelos entes municipais e estaduais, foram citadas a **qualificação e a continuidade da gestão municipal, comprometimento da gestão estadual, cooperação entre gestores, fortalecimento da CIR e aperfeiçoamento da pactuação regional**.

Essas estratégias favorecem o acesso à atenção cardiovascular, descritas conforme a Figura 18:

Figura 18 - Estratégias que levam ao fortalecimento da gestão do SUS

Os resultados permitem compreender que fortalecer o processo de gestão no SUS é relevante, articula-se com a operacionalização de políticas de saúde no sentido de adotar estratégias que podem qualificar e dar concretude ao processo de gestão e, nesse sentido, favorecer o acesso de atenção cardiovascular.

A qualificação dos gestores tem sido um desafio recorrente, mas que é influenciado não apenas por justificativas inerentes à própria complexidade do setor de saúde, como também por fatores relativos a disputas políticas e ideológicas. Nesse sentido, pode-se dizer que a **estratégia qualificação e continuidade da gestão municipal** é tida como condição *sine qua non*. Em que pese todo arcabouço legal, direcionamento técnico das políticas e programas de saúde, a gestão do SUS muitas vezes é atribuída a profissionais com capacitação científica, técnica e gerencial insuficiente, que desenvolvem programas de gestão temporários, entrecortados e pouco articulados a objetivos de políticas sanitárias e do SUS.

Essa realidade é ainda mais latente em municípios de pequeno porte. Estudo realizado em municípios do Paraná com até 20.000 habitantes identificou que 40,13% dos gestores não possuíam sequer graduação; a maioria dos secretários se sente preparada para exercer o cargo e este preparo foi adquirido no

cotidiano de trabalho (PINAFO et al., 2016).

Para Connil (2012), as fortes influências político-partidárias a sistemas de saúde são responsáveis por eventos sabidamente nocivos, tais como a rotatividade, descontinuidade e desqualificação técnica da gestão. Tais eventos são barreiras clássicas ao desempenho de sistemas de saúde. Nessa lógica, **priorizar gestão técnica, qualificada e com continuidade** pode ser considerada uma ação potencializadora do acesso, conforme descrito na Figura 19:

Figura 19 - Ação para a qualificação e continuidade da gestão municipal

O gestor de saúde deve ter preparo e tempo para desenvolver as funções estratégicas que envolvam colocar os princípios do SUS em prática. O conhecimento dos instrumentos de gestão e a participação do gestor em sua elaboração são algumas atribuições inerentes ao cargo, além da elaboração do orçamento financeiro da área da saúde e de sua total gestão (PINAFO et al., 2016).

A rotatividade de gestores municipais de saúde, a baixa autonomia nas decisões executivas, a qualificação insuficiente e a influência das políticas partidárias nos processos decisórios em políticas públicas são fatores que obstruem o fortalecimento da gestão do SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

“Falta muita capacitação, capacitação para entender o acolhimento, a atenção básica, urgência básica. Mesmo que você passe as referências, construa redes, muda-se o gestor e muitas vezes não são gestores da área. Quando aprendem o que é saúde, o que é SUS, são trocados novamente. Então a dificuldade aqui na região é de fazer as redes com essa mudança de gestor, baixa capacitação de gestor.” RM1-2

Cabe destacar que, embora existam limitações de qualificação e muita rotatividade de gestores, a instância regional de gestão tem um papel relevante e reconhecido como positivo para a organização da rede e articulação dos serviços porque, além de coordenar o processo, promove autonomia de municípios e favorece o diálogo, situação que impacta nos aspectos de consolidação da regionalização e do acesso a atenção aos agravos cardiovasculares.

Nessa mesma lógica, o **comprometimento da gestão estadual** foi considerado uma estratégia facilitadora do acesso, descrito segundo a Figura abaixo:

Figura 20 - Ação para o comprometimento da gestão estadual

Considerando-se o atraso da regionalização no SUS, a baixa capacidade resolutiva dos sistemas locais e as relações de conflito entre os municípios, o gestor estadual passa a ter papel estratégico na indução dessa regionalização e na constituição das comissões intergestoras regionais; essas comissões, de maneira coordenada e solidária, devem garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Desse modo, **assegurar o papel de coordenação do DRS na organização da rede regional** e articulação dos serviços pode ser uma ação facilitadora do acesso:

“O DRS tem feito um bom trabalho com os prestadores! Tem um bom levantamento das dificuldades da região para levar aos prestadores. Inclusive, temos em reunião de CIR, o AME vindo prestar contas do que

tem feito. Isso é um ganho muito grande, acho que foi uma construção que pode perder, porque é possível falar sobre as dificuldades”. GM4-1

“A regulação do DRS tem facilidade de articular as coisas, de conversar, de intermediar certas situações, que para os municípios é bem tranquilo...”. GM2-1

“O DRS permite acesso para gente conseguir alguma coisa e eles mesmos tentam intermediar aquilo que precisamos.” GM15-1

Segundo o modelo brasileiro de federalismo, a relação do gestor estadual em relação ao município é de coordenação, cooperação e avaliação, não havendo uma hierarquia ou subordinação entre ambos (BRASIL, 2003). Para isso, cabe ao Estado adotar uma postura mais flexível, de diálogo, que busque o planejamento integrado e regionalizado (SHIMIZU, 2013).

A concretização de um sistema de saúde ideal, um “sistema sem muros” capaz de atender as necessidades de saúde, em todas as esferas do cuidado, em todos os ciclos de vida e dentro de um espaço regional, requer o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A **cooperação entre gestores** foi considerada estratégia facilitadora do acesso pelos participantes. A adoção de postura proativa e colaborativa entre os entes facilita o acesso à saúde na medida em que favorece também o planejamento e a integração regional, com ação **assegurar a solidariedade entre as esferas de gestão estadual e municipal**.

Figura 21 - Ação para a cooperação entre gestores:

“Houve uma mudança no DRS e a comunicação ficou bem mais fácil, porque é possível pedir por email. Você solicita algo e quem está do outro lado te recebe e agenda. Essa aproximação entre o município e o DRS é muito boa”. RM20-2

“Não nessa especialidade, mas em outra, o DRS ajudou o município, a gente conseguiu medicamento, exame e consulta. A gente tem facilidade”. GM16-1

“O DRS, quando a gente solicita por email, eles tentam sempre nos auxiliar e isso daí é o que tem de positivo”. RM2-2

A regionalização da saúde ocorre por meio de relações com atores diversos e a Comissão Intergestora Regional é o cerne do processo de negociação. Evidencia-se, nesse processo, algumas fragilidades a serem superadas, tais como a dificuldade em estabelecer diálogos permanentes entre gestores, em construir projetos não vinculados clientelismo eleitoral, tensões partidárias, pouca cultura de planejamento, subfinanciamento, dificuldades na gestão e regulação de serviços especializados (REINALDE; SILVA; SOBREIRA, 2013; SANTOS, GIOVANELLA, 2014).

Outra estratégia que emergiu foi o **fortalecimento da CIR**, entendido como espaço para compartilhamento de experiências positivas, análises críticas, e discussões acerca das melhores práticas entre os gestores, em perspectiva de estabelecimento de relações colaborativas e facilitadoras para o acesso. **Assegurar a institucionalidade da CIR e seu protagonismo no contexto regional** pode ser

considerada a ação que favorece o desenvolvimento da estratégia, segundo a Figura 22:

Figura 22 - Ação para o fortalecimento da CIR:

Nos últimos anos, o debate sobre região de saúde tem ganhado profundidade, tanto pela consistência das experiências internacionais que indicam para esse caminho, quanto pelo direcionamento legal do arcabouço jurídico do SUS

Além disso, a conformação de regiões e redes de saúde no Brasil se tornaram estratégias para lidar com a dimensão territorial, com a universalização dão acesso a saúde e para induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do sistema (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

O estabelecimento da CIR como instância de cogestão no espaço regional constrói um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores, mecanismo para afirmar relações de corresponsabilidade na região de saúde. O aprendizado institucional fruto da dinâmica de participação na CIR fortalece a gestão e se apresenta como importante componente para construção da rede regionalizada (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Desse modo, **assegurar a institucionalidade da CIR e seu protagonismo no contexto regional** é uma ação facilitadora do acesso:

“As reuniões são bem proveitosas, cada vez mais, o pessoal tem insistido, tem cobrado, tem olhado com um olhar mais crítico.” GM16-1

“Tem muitas conversas e o que é para agilizar a questão de usuário, é muito rápido. Eu tenho várias conversas, várias reuniões que já estão dando andamento, umas sobre consórcio, outras para agilizar a questão

de atendimento, é muito estudo de caso, ver o que deu certo em alguns lugares e aproveitar as experiências dos colegas.” GM15-1

As necessidades em saúde, bem como o acesso a diferentes recursos assistenciais são passíveis de mudanças constantes. No âmbito do SUS, a PPI, é teoricamente, um recurso que pode potencializar a descentralização e a integração entre as instâncias gestoras, entretanto, na prática, ainda não foi capaz de garantir um efetivo compartilhamento do processo de planejamento entre as instâncias governamentais (MOLESINI et al., 2010).

Nessa lógica, a pactuação eficiente e consensual precisa ser precedida por processo de planejamento dinâmico e participativo, motivo pelo qual há um pleito entre os gestores da área de estudo acerca da necessidade de revisão da pactuação antiga, inferindo-se que o **aperfeiçoamento da pactuação regional** é uma estratégia que favorece a melhoria do acesso. Como ação para efetivação da estratégia, considera-se **assegurar o planejamento dinâmico e participativo**, voltado para o desenvolvimento de pactuações eficientes e consensuais:

Figura 23 - Ação para aperfeiçoamento da pactuação regional:

“A gente estava tentando direcionar a verba da última PPI de 2007. Tem uma quantidade muito grande de ultrassom e a gente queria direcionar esse dinheiro para o doppler...” RM10-2

“Hoje tentamos pleitear com o DRS a transferência de teto. Por quê a gente tenta? Porque tem muitas cotas, muitos exames que eles fornecem que não tem necessidade...” GM5-1

Para finalizar, conclui-se que as ações e estratégias relacionadas a dimensão política do acesso convergem para o fortalecimento da gestão do SUS em diversas instâncias diretivas, dentre elas a municipal, microrregional e estadual, não sendo contemplado, dentro da percepção dos participantes, o papel da sociedade na cogestão do sistema de saúde.

7.2.3 Dimensão Técnica

A dimensão técnica do acesso refere-se a integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competência/habilidade, autonomia, projeto terapêutico compartilhado - equipe e usuário e qualidade da atenção (ASSIS; JESUS, 2012).

Muitos participantes destacaram a provisão de serviços de saúde que respondam às necessidades dos usuários de maneira segura, resolutiva e em tempo oportuno como fatores relevantes para o acesso. Nesse contexto, à partir das falas emergiu a categoria **qualificação da atenção**, que engloba as estratégias facilitadoras do acesso: **institucionalização de educação para a saúde**, por impactar no desenvolvimento de competências para atuação profissional; **garantia da resolubilidade da atenção**, percebida pelos participantes como uma estratégia facilitadora do acesso, condição a ser aplicada a todos os níveis de atenção, além do **comprometimento, perfil profissional e estabelecimento de vínculo**, conforme apresentado na Figura 24:

Figura 24 - Estratégias que levam a qualificação da atenção:

A **institucionalização da educação para a saúde** foi considerada estratégia facilitadora do acesso por trazer implicações positivas para a resolubilidade dos serviços e, consequentemente, no acesso em saúde.

Incorporar o ensino e o aprendizado aos serviços de saúde consiste em um dos enfoques da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prática em que o foco central é a experiência dos trabalhadores, utilizando a realidade de cada serviço (HETTI et al., 2013).

Outra estratégia para aprimoramento profissional é a educação continuada, que atua para rever e recuperar conhecimentos e habilidades, além de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Garantir a implementação e execução de ações voltadas ao desenvolvimento e aprimoramento profissional para atuação no SUS, em todos os níveis de atenção, colabora com o desenvolvimento dessa estratégia:

Figura 25 - Ação para a institucionalização da educação para a saúde:

“O AME está fazendo capacitação para os médicos da atenção básica.”RM1-2

“A gente vem tentando ampliar cada vez mais a oferta em atendimento de Clínico e a capacitação desses profissionais, para garantir acompanhamento, tornar a Atenção Básica resolutive.”GM9-1

“O SAMU está investindo bastante em capacitação das equipes, que multiplicam a formação. O município capacita todas as unidades, não só aqui o pronto atendimento, mas as unidades básicas de saúde também”. GM5-1

Embora o **comprometimento, perfil do profissional e estabelecimento de vínculo** tenha sido citado como estratégia que qualifica a atenção e potencializam o acesso, a análise das falas, nessa tese, não traz elementos objetivos para inferir sobre como conseguir tais profissionais. Não se identificou na percepção dos participantes, proposições que indiquem como fazer para garantir profissionais comprometidos e com perfil desejável, fato que, no contexto dos dados das entrevistas dos participantes leva ao estabelecimento de vínculo.

O vínculo pode possibilitar a ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (ASSIS et al., 2015). O resgate da relação interpessoal entre profissional e usuários dos serviços também é um aspecto que qualifica a atenção, devendo ser tratado como um foco de

atuação para a gestão.

Por isso, o estabelecimento de vínculo é percebido como uma estratégia facilitadora do acesso e tem relação estreita com a disponibilidade do profissional em se comprometer com a atenção. Dentre os participantes, há um único relato inferindo que ter um profissional “nascido no município” possa ser um fator que corrobore com o desenvolvimento de vínculo. As consequências do não estabelecimento de vínculo com os serviços de AB têm implicações negativas para os usuários e também para o sistema de saúde, inclusive no que se refere ao acesso.

Mesmo entendendo que ter esses profissionais seja um grande diferencial, não há uma ação específica para atingir a estratégia conforme nas anteriores.

“O perfil do médico da estratégia de saúde da família faz toda diferença. Eu tenho privilégio de ter médicos que tem perfil adequado”. GM13-1

“Temos um médico com formação de cardiologia, ele atua como clínico e ele é um bom parceiro nessa parte”. GM7-1

“Tenho um pouco de sorte porque tem um médico que é nascido aqui. Ele faz um bom trabalho de acompanhamento, de prevenção e de triagem. Porque ele é daqui, entendeu?! Então tem um vínculo com a população”. GM4-1

A análise da resolubilidade é um tema multifacetado, que envolve aspectos relativos à demanda, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contrarreferência integrado, à acessibilidade dos serviços, capacitação do capital humano, adesão ao tratamento, aspectos sócio-econômicos e também às expectativas do usuário (TURRINI; LEBRAO; CESAR, 2008).

A resolubilidade envolve aspectos que se relacionam não apenas com a organização da atenção, mas também com a conduta profissional e as relações estabelecidas entre equipe de saúde e usuário (ASSIS et al., 2015).

De acordo com a visão dos participantes, **a garantia da resolubilidade da atenção** também é estratégia facilitadora do acesso. A garantia de

acompanhamento pela atenção básica, eficiência do serviço de média complexidade ambulatorial, tempo de resposta do serviço de atendimento pré-hospitalar e especialização do atendimento hospitalar foram considerados elementos qualificadores da atenção, com implicações positivas no acesso dos usuários. Assim, considera-se que **ter serviços que atendam as necessidades de saúde na perspectiva da integralidade** seja a ação necessária para o desenvolvimento da estratégia:

Figura 26 - Ação para a garantia da resolubilidade da atenção:

“O acompanhamento da estratégia da família é muito bem assistido, é raio X se precisar, eletrocardiograma, tudo é feito por aqui, então ele é bem assistido aqui ” RM12-2

“O que tem de facilidade hoje é uma resposta bem rápida quanto aos encaminhamentos do SAMU”. GM5-1

“Tem um AME que funciona”. GM6-1

“A rapidez da emergência cardiológica é muito grande. Tem um setor específico.” RM10-2

Ter acesso aos serviços não significa apenas obter uma porta de entrada a rede básica ou hospitalar, mas também ter atendimento integral as suas necessidades de saúde, isto sim, um evento transformador da realidade. Só o acesso com qualidade possibilita melhoria na vida das pessoas, considerando-se

que ao obter acesso aos serviços, elas teriam demandas e necessidades atendidas (ASSIS et al., 2015).

7.2.4 Dimensão Econômica-Social

Assis e Jesus (2012) incluem na dimensão econômica-social do acesso como a relação entre oferta e demanda; investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade, barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas.

A **categoria melhoria da estrutura dos serviços** foi elencada como essencial para facilitar o acesso dada a imprescindibilidade de recursos físicos, capital humano, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde. Nessa categoria, a estratégia **provimento dos recursos necessários à atenção a saúde** emergiu, conforme figura que segue:

Figura 27 - Estratégia que leva a melhoria da estrutura dos serviços

Em relação a estratégia **provimento dos recursos necessários à atenção a saúde** identificou-se nas falas as ações **prover recursos físicos: serviços e sistemas de informação em saúde, disponibilizar capital humano em quantidade suficiente, proporcionar recursos materiais necessários e ter disponibilidade de recursos financeiros** como facilitadoras do acesso:

Figura 28 - Ações para o provimento dos recursos necessários à atenção a saúde

Em relação à melhoria da estrutura, estratégia facilitadora do acesso, **prover recursos físicos: serviços sistemas de informação** esteve muito presente na fala dos participantes, sendo considerada uma ação para o desenvolvimento da estratégia.

A relevância epidemiológica dos agravos cardiovasculares coloca-os como prioritários dentre as políticas de saúde em nosso país. Tais doenças requerem um processo contínuo de atenção e, nos momentos de sofrimento agudo, uma assistência imediata, com a utilização de tecnologias exigidas para cada condição clínica (HOEPFNER et al., 2014).

A vasta disponibilidade de serviços na região contribui para a organização do acesso a atenção cardiovascular. A disponibilidade de atenção especializada é celebrada como uma grande conquista e entendida como um aspecto muito positivo. Mesmo sendo extensa, a ampliação dessa rede de serviços é percebida como algo conveniente.

“Acredito que a oferta de serviço na região colabora também para organizar melhor a rede” RM1-5

“Foi uma conquista muito grande o SAMU”. GM18-1

“A gente tem praticamente um AME por colegiado, tem oferta de cardiologista”RM1-1

“Facilidade? Eu diria que a abertura dos AMES ajudou muito a gente” GM6-1

“Estão sendo inseridos leitos de unidade coronariana, o HB já tem uma e vai inaugurar em outra CIR” RM1

Merecem destaque as ações voltadas ao atendimento em horário diferenciado, tendo em vista as dificuldades encontradas para atendimento pela população economicamente ativa. Nesse contexto, considera-se a extensão e ampliação do horário de atendimento um importante potencializador do acesso, seja em serviços de atenção básica ou especializados:

“A gente abre a unidade no período noturno também pacientes do HiperDia, tem um horário uma vez no mês, então são só eles. São agendados, a gente já sabe os que trabalham, então naquele dia é para passar por consulta, pegar as receitas, tudo...”GM6-1

“Tem aquele programa Filho que ama leva o pai no AME, que faz além da triagem em relação ao câncer de próstata, também faz avaliação cardiológica e tem atendimento aos sábados. O agendamento é via 0800, qualquer pessoa ou o município pode ligar e agendar”. RM1-1

Ainda no que se refere a **prover recursos físicos, sistemas de informação em saúde**, ressalta-se a importância dos sistemas.

Em relação a regulação, tanto na área hospitalar como ambulatorial, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo trabalha com a CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde).

Ter um sistema de informação integrado e eficiente promove maior transparência dos mecanismos de referência e contrarreferência, resultando em

implicações positivas no acesso. Além disso, é uma importante ferramenta para a gestão do cuidado, uma vez que permite o acompanhamento do usuário por todos os serviços para os quais é encaminhado:

“O CROSS promove transparência, uma facilidade maior para o município adentrar ao serviço. Acho que o CROSS está na maioria dos nossos prestadores e futuramente vamos ter 100% de CROSS para as cotas ambulatoriais”. RM1-3

“Hoje é tudo encaminhado via sistema, facilita muito porque antigamente tinha que ir via pasta, às vezes voltava sem agendar. Você tem uma noção para orientar o paciente se está na fila de espera, se foi agendado...” RM7-1

Assis et al. (2015) refere que a falta de treinamento e número insuficiente de trabalhadores de saúde é um limitador do acesso. Também abordando questões relacionadas a provisão de capital humano Mendes e Bittar (2014) referem que o déficit de pessoal, em especial, a contratação de médicos nos pequenos municípios e naqueles mais afastados dos grandes centros, são temas estreitamente relacionados a dificuldade de acesso em saúde.

Nesse contexto, **disponibilizar capital humano em quantidade suficiente** é uma ação potencializadora do acesso. Trata-se de tema recorrente e a fixação de profissionais é vista como uma necessidade real, sendo, portanto, uma ação que facilita o desenvolvimento da estratégia:

*“O município está tentando fazer essa captação para fixar profissional”
RM1-5*

Da mesma forma, **proporcionar recursos materiais necessários** também possibilita melhores condições de cuidado, sendo considerados como uma ação para o desenvolvimento da estratégia:

“Temos uma sala de emergência muito bem montada”. GM16-1

Por fim, citou-se também a **disponibilidade de recursos financeiros**, não apenas no sentido de ter mais dinheiro, mas também no sentido de programas ou projetos governamentais que possibilitam a otimização de recursos, como a compra de procedimentos complementares por preços acessíveis, como ocorre no Programa Pró Santa Casa, que embora tenha como objetivo auxiliar na recuperação financeira das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo, possibilita aos municípios a compra de serviços. Desse modo, considera-se a disponibilidade de recursos financeiros como uma ação que auxilia no desenvolvimento da estratégia:

“Idéias a gente tem bastante, projetos então, nem se fala. Só que na hora que vai desenvolver você esbarra em várias dificuldades, principalmente, questão financeira” GM2-1

“No Pró-Santa Casa, a gente consegue um preço melhor, então o município acaba arcando”. GM12-1

“Quando é um caso muito extremo a gente tem o Pró Santa Casa que facilita nessas horas” RM13-2

“Mesmo em relação a exame eu não tenho problema, tem o Pró-Santa Casa. Caso eu não consiga marcar AME, eu mando para o Pró Santa Casa.”GM15-1

Em que se pese o diagnóstico do subfinanciamento crônico do SUS (PAIM et al., 2011), é recorrente a apresentação de estudos que apontam para a má gestão do uso de recursos públicos (LAVRAS, 2011; NISHIJIMA; BIASOTO-JÚNIOR, 2013), uma condição que impacta diretamente na alocação de recursos e serviços e, conseqüentemente, de acesso do usuário.

7.2.5 Dimensão Simbólica

Para Assis e Jesus (2012) a **dimensão simbólica** relaciona-se às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde; aspectos como o processo saúde-doença, a cultura, crenças, valores e subjetividade dizem respeito a essa dimensão.

A produção de saúde é um assunto de muita amplitude, haja vista que se produz saúde a partir de inúmeros setores da sociedade, tais como a educação formal, a distribuição da riqueza, efetividade da democracia e transparência no poder público, desenvolvimento de uma profissão/trabalho em condições aceitáveis e acesso à moradia digna, com água potável e saneamento básico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Por esse motivo, acredita-se que fatores sócio-culturais são consagradamente influenciadores dos processos de saúde e também de doença, tendo sido levantados pelos participantes como aspectos capazes de influenciar no acesso de usuários, sendo considerados, portanto, como categorias de análise do acesso.

No caso dos agravos cardiovasculares, essa questão pode ser potencializada, por se tratar de um grupo de doenças que estão estreitamente relacionadas aos hábitos de vida dos usuários.

Além das dificuldades relacionadas as mudanças de hábito, a questão de gênero e a cultura da procura por serviços de saúde são apontadas como questões que implicam negativamente no acesso a atenção cardiovascular. Contudo, embora reconhecida a magnitude desses fatores, não há na fala dos participantes elementos que possam ser utilizados para a inferência sobre a adoção de estratégias e ações que possam minimizá-los. Não se percebe nos discursos proposições que indiquem ações relativas aos **aspectos sócio-culturais relacionados ao processo saúde doença**, ainda que se reconheça sua importância.

“A gente tem algumas dificuldades em mudar os hábitos. Nós temos grupos de hipertensos e percebemos que é uma mudança de paradigma ter uma alimentação saudável, fazer exercício... Eu acho esse o maior complicador”. GM4-1

Os serviços de saúde precisam promover uma intervenção centrada no usuário que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos. A autonomia, nesse contexto, não é simples liberdade de escolha, e sim a escolha consciente, dialogada e compartilhada. Nesse sentido, deflagra-se a corresponsabilização, ou seja, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual de fazer escolhas que promovam o cuidado (ASSIS et al., 2015).

“O homem não quer tomar o remédio porque ele quer ir ao bar. Geralmente o que mais acontece é que essas pessoas tem AVC, uma das maiores causas na unidade”. RM14-2

“Nós temos que mudar essa cultura brasileira, tem muita dificuldade do paciente vir para a unidade, para acompanhar com o médico da estratégia de saúde da família. Ele não quer vir passar pelo nutricionista, pela fisioterapeuta, pela fono, pelos profissionais especializados. Ele quer vir, pegar o exame e ser encaminhado. Ele não quer ser assistido”. GM18-1

As hipóteses para a ausência de proposições na perspectiva de ações relativas aos aspectos sócio-culturais relacionados ao processo saúde-doença, podem advir das características dos participantes desse estudo – profissionais com foco em gestão, que muitas vezes tem atuação com pouca interface com a assistência na abordagem direta de usuários, ademais, ainda não está totalmente incorporada a ideia de gestão centrada no usuário, ainda que trabalhe com sistema de saúde, voltados mais para questões questões afeitas a área de planejamento em saúde não tendo contato direto com o usuário, o que também acontece com muitos gestores municipais; os reguladores municipais, em sua maioria, não possuem curso superior. Parte dos profissionais que tem curso superior não tem formação na área da saúde e os que possuem, podem não ter uma formação condizente com a formação orientada por saberes da saúde coletiva.

Ter incluído nessa tese profissionais dos serviços, ou ainda, usuários, poderia ter colaborado para a elucidação de estratégias e ações voltadas a melhoria do acesso, no tocante aos aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença.

Quadro 5 - Dimensões teóricas usadas para análise do acesso aos serviços de atenção cardiovascular no DRS XV, categorias empíricas, estratégias e ações identificadas a partir da fala dos sujeitos:

Dimensões	Categorias	Estratégias	Ações
Organizacional	Estruturação da Rede de Atenção	Empoderamento da AB	Fornecer apoio técnico por meio de articuladores da atenção básica e apoio matricial
			Fortalecer a porta de entrada, tornando-a eficiente e resolutive
			Priorizar ações preventivas
		Organização de fluxos de atendimento	Estabelecer diretrizes técnicas por meio de linhas de cuidado e protocolos assistenciais visando o cuidado integral e longitudinal
			Instituir a gestão do cuidado
			Garantir a referência e contrarreferência
		Fortalecimento da regulação local e regional	Implementar serviços de regulação municipal
			Criar grupo técnico de discussão sobre regulação
			Promover estudos técnicos sobre oferta e demanda
Redução das barreiras geográficas de acesso	Considerar a distância para pactuação de referências		
	Fortalecimento da avaliação de serviços de saúde	Institucionalizar ações de avaliação e monitoramento	
Política	Fortalecimento da gestão	Qualificação e continuidade da gestão municipal	Priorizar a gestão técnica, qualificada e com continuidade
		Comprometimento da gestão estadual	Assegurar o papel de coordenação do DRS na organização da rede regional
		Cooperação entre gestores	Assegurar solidariedade entre as esferas de gestão estadual e municipal
		Fortalecimento da CIR	Assegurar a institucionalidade da CIR e seu protagonismo no contexto regional
		Aperfeiçoamento da pactuação regional	Assegurar o planejamento dinâmico e participativo.
Técnica	Qualificação da atenção	Institucionalização da educação para a saúde	Garantir a implementação de ações voltadas ao aprimoramento profissional
		Comprometimento, perfil profissional e estabelecimento de vínculo	Não relatado.

		Garantia de resolubilidade da atenção	Ter serviços que atendam a demanda de saúde, na perspectiva da integralidade.
Econômico-social	Melhoria da estrutura dos serviços	Provimento de recursos necessários à atenção à saúde.	Prover recursos físicos: serviços e sistemas de informação em saúde.
			Disponibilizar capital humano em quantidade suficiente
			Proporcionar recursos materiais necessários
			Disponibilidade de recursos financeiros
Simbólica	Aspectos culturais relacionados ao processo saúde doença	Não relatado	Não relatado

8 CONCLUSÃO

A presente tese avaliou o acesso e a integralidade da atenção em um sistema regional de saúde. A utilização dos agravos cardiovasculares como condição traçadora permitiu investigar os aspectos que facilitam o acesso de usuários em todos os níveis de complexidade assistencial, na perspectiva da integralidade da atenção.

O uso de dados quantitativos permitiu verificar a produção de consultas de atenção básica, urgência, consultas de cardiologia, exames especializados afeitos ao diagnóstico e tratamento desses agravos, assim como as internações clínicas e cirúrgicas em cardiologia. Além disso, mensurou também a mortalidade por esses agravos no território do sistema regional de saúde, como o resultado da atenção prestada.

Nessa perspectiva, pode-se concluir que:

- a produção de consultas oscilou no período; em termos absolutos, todos os tipos de consulta aumentaram, desde as consultas de atenção básica, as consultas de urgência e cardiologia; em termos percentuais, entretanto, somente as de urgência tiveram um aumento expressivo;
- a produção de exames diagnósticos apresentou oscilação, com tendência a crescimento de todos os exames diagnósticos, desde o de menor complexidade – eletrocardiograma até o cateterismo cardíaco, que é de alto custo/complexidade;
- houve oscilação em relação as internações, porém, de maneira geral, as internações clínicas tiveram um declínio ao longo dos anos; as internações cirúrgicas apresentaram tendência ao crescimento ao longo do período;
- houve diminuição do percentual da população com internações clínicas e crescimento percentual da população com internações cirúrgicas;
- a proporção entre a produção de exames diagnósticos e o total de internações evidencia, no período, incremento da produção de exames em relação às internações.

A flutuação na produção das intervenções aos agravos cardiovasculares pode decorrer de vários fatores, agindo isolada ou articuladamente, mas que permitem inferir que não é possível pensar ações para a gestão do sistema regional

de saúde à partir de atuação pontual e/ou simplista, tampouco, na internalidade de cada município ou CIR.

Assim, entende-se que a resolubilidade da AB com implantação das linhas de cuidado, a oferta de ações e serviços de saúde adequados quali e quantitativamente, às necessidades de saúde do município/região, a organização regional, com a implantação de regulação para atendimento das consultas clínicas e cirúrgicas em cardiologia, a ampliação de serviços de urgência secundária a políticas públicas de saúde, bem como a preferência de usuários por este tipo de serviço, o aumento de exames para qualificar o cuidado e melhorar o acesso, e a implantação dos AMEs para melhorar o acesso ao atendimento especializado em cardiologia, repercutem no acesso aos serviços de saúde de atenção aos agravos cardiovasculares.

Nesse sentido, o incremento observado de internações cirúrgicas pode decorrer de condições do usuário com resposta inadequada à terapêutica medicamentosa, ao agravamento da patologia com necessidade de correção cirúrgica ou a melhoria do acesso em outros pontos de atenção. Quanto à diminuição da internação clínica, poderia ser decorrência do fortalecimento da atenção ambulatorial especializada e resolutive, diminuindo a necessidade de internação. Entende-se que a ampliação da atenção ambulatorial favorece o diagnóstico e monitoramento de usuários com agravos cardiovasculares e destinando a utilização de atenção hospitalar para casos cuja terapêutica requer necessariamente essa esfera de atenção, uma vez que a AB ampliada, qualificada e resolutive favorece o cuidado.

Interessante ressaltar que exames realizados oportunamente podem favorecer o adequado estabelecimento de diagnósticos, bem como a indicação de tratamentos, situação desejável, que tende a diminuir o risco de complicações e as internações.

Os dados qualitativos ampliaram a análise dos dados quantitativos e permitiram identificar os fatores que facilitam o acesso de usuários ao sistema de saúde e que, portanto, promovem a integralidade da atenção.

Reafirma-se a opção por avaliar aspectos que facilitam o acesso, não por desconsiderar a magnitude das limitações ao acesso, mas principalmente por entender a potencialidade de compartilhamento de possíveis experiências exitosas.

Considerando os resultados à luz da proposta para análise do acesso, em

diferentes dimensões, entende-se que uma ampla gama de estratégias e ações são apresentadas pelos participantes.

As dimensões organizacional e política parecem ter mais proximidade ao contexto desses participantes, incluindo as diferentes estratégias e ações no tocante ao empoderamento da AB, organização de fluxos de atendimento, fortalecimento da regulação local e regional, redução das barreiras geográficas de acesso, fortalecimento de avaliação de serviços de saúde, qualificação e continuidade da gestão municipal, comprometimento da gestão estadual, cooperação entre gestores, fortalecimento da CIR e aperfeiçoamento da pactuação regional.

As dimensões técnica e econômico-social tiveram menos ênfase na fala dos participantes e as estratégias relacionam-se a institucionalização da educação para a saúde, comprometimento, perfil profissional e estabelecimento de vínculo, garantia da resolubilidade da atenção e provimento dos recursos necessários a atenção a saúde. Em relação a estratégia “comprometimento, perfil profissional e estabelecimento de vínculo” não houve detalhamento de ações para seu alcance.

Aspectos relativos a responsabilidade da CIR, a percepção da necessidade dos gestores municipais se apropriarem mais intensamente do processo de regionalização, a possibilidade do poder compartilhado, a percepção do papel do ente estadual enquanto coordenação e a expectativa de responsabilidade nesse ente são evidenciados pelos participantes como relevantes, na esfera da gestão municipal e regional, para favorecer o acesso a atenção aos agravos cardiovasculares.

Na dimensão simbólica, que relaciona-se aos aspectos sócio-culturais relacionados ao processo saúde doença, não houve proposições, o que pode estar relacionado as características dos participantes desse estudo – profissionais com foco em gestão, com pouca interface na assistência e na abordagem direta com usuários.

Ressalta-se que o uso da condição traçadora com abordagem quanti-qualitativa apresentam-se como estratégia metodológica viável e adequada para a avaliação da integralidade, em sua dimensão horizontal, no sistema regional de saúde.

Como limitações dessa investigação destaca-se que o uso de dados secundários remete a discussões acerca da qualidade dos dados disponibilizados e sistemas oficiais de informação; além disso, parte dos dados dizem respeito a

produção de serviços que pode ser impregnada de uma lógica baseada na oferta-demanda e não em abordagem mais pertinente para a organização do sistema de saúde, entretanto, não é possível desconsiderar a potencialidade e a viabilidade desses sistemas de informação para acesso de dados. No campo da avaliação propriamente dita, entende-se ser uma limitação do estudo não ter entrevistado profissionais da assistência e usuários portadores de agravos cardiovasculares. Entende-se que a ótica desses atores poderia contribuir com o resultado da investigação, em especial no que se refere a dimensão simbólica do acesso.

Para finalizar, acredita-se que os resultados dessa tese tragam contribuições para gestores em diferentes âmbitos do sistema regional de saúde. Avaliações em saúde são dinâmicas, é preciso entender que os resultados não são um fim em si, requerem a devolutiva da avaliação realizada aos participantes, na perspectiva de pensar e agir coletivamente com possíveis estratégias de intervenções.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

- ALTH, F. et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014.
- ALBIERI, F. A. O; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-195, 2015.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 24-34, 2015.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-85, 2011.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 45, p. 1-10, 2016.
- ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan 2017.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015.
- ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M. A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.815-823, 2003.
- AYRES, J. R. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. suppl.2, p. 11-23, 2009.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização

mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BARATA, L. R. B. et al. Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) no Estado de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 48, 2010.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre o acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARNETT, K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **Lancet**, London, v. 380, n. 9836, p. 37-43, 2012.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BENGOA, R. **País Vasco: transformando el Sistema de Salud**. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián: Vitoria-Gasteiz, 2012. Disponível em: <<http://www.rafaelbengoa.com/wp-content/uploads/2012/12/Pa%C3%ADs-Vasco-Transformando-el-Sistema-de-Salud.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.

BITTAR, O. J. N. V. Saúde e administração. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 12, n. 139, p. 11-12, 2015.

BITTAR, O. J. N. V. et al. Saúde e protocolos de qualidade. **Boletim**

Epidemiológico Paulista, São Paulo, v. 13, n. 145, p. 19-32, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. **Portaria nº 1169, de 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1169_ac.htm. Acesso em 20 de abril de 2014.

BRASIL. **Portaria 210 SAS/MS de 15 de junho de 2004**. 2004b. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%B0-210-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Cardiovascular.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 4. 279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 5 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei 8080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 maio 2014.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** 2012. Disponível em; <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013.** Instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 15 abr. 2014.

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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 28 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 24 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **SAÚDE BRASIL – 2013** - Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em 27 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS:** população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35151 Catanduva, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35154 Fernandópolis, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35153 Jales, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35156 José Bonifácio, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016e. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35152 Santa Fé do Sul, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35155 São José do Rio Preto, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016g. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: população residente, estimativas para o TCU, São Paulo. População estimada segundo CIR/ Região de Saúde (CIR): 35157 Votuporanga, Regional de Saúde de São José do Rio Preto, 2016h. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CHAVES, L.D P. et al. Considerações sobre a condição traçadora. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C.A.L. (orgs.). **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. São Paulo: Atheneu, 2017.

CHAVES, L. D. P. et al. Reflexões acerca de sistemas de informações em saúde, pesquisa avaliativa e enfermagem. **Revista Enfermería Global**, Madrid, v. 13, n. 34, 2014.

CHAVES, L. D. P. et al. Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 568-577, 2015.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, 2012.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

CIRINO, S. et al. Avaliação de acessibilidade geográfica em sistemas de saúde hierarquizados usando o modelo de p-medianas: aplicação em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 1-11, 2016.

COLÓSIMO, F. C. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 201-208, 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CONILL, E. M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 834-836, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. **Óbitos por Residência, por Capítulo CID-10 segundo divisão administrativa estadual, no período de 2000 a 2014**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>>. Acesso em: 25 set. 2016.

DAWBERT, T R. **The Framingham study**. The epidemiologic of atherosclerotic disease. Cambridge: Harvard University Press, 1980

DILÉLIO, A. S. et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2594-2606, 2014.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1188, 1990.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

EHLERS, R. S. **Análise de Séries Temporais**. Curitiba: Departamento de Estatística, UFPR. 4ª ed. 2007. Disponível em: <<http://www.each.usp.br/rvicente/AnaliseDeSeriesTemporais.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

ERSKINE, J. **Future vision of regional healthcare**. European Union: Network for future regional healthcare, 2006.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana, J. P. (org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERREIRA, J. B. B. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'A. (orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. p. 731-758.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2014

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, 2013.

FOROUZANFAR, M. H. et al. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, London, v. 386, n. 10010, p. 2287-2323, 2015.

FRACOLLI, L. A. et al. The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5. P. 1135-1141, 2011.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C, (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 1-19, 2014.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 52-58, 2012.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. spe2, p. 19-25, 2012.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 92 p.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Fourth generation evaluation. London: Sage Publications, 1989.

GUIMARÃES, R. M. et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 2, p. 83-89, 2015.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz. 275 p. 2014.

HETTI, L. B. et al. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 973-982, 2013.

HOEPFNER, C. et al. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1091-1101, 2014.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JORGE, M S. B. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74, 2014 Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2017.

KANTORSKI, L. P. et al. Fourth-generation evaluation: methodological contribution for evaluating mental health services. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

KESSNER, D. M. et al. **Infant Death: an Analysis Of Maternal Risk And Health Care**. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973.

KESSNER, D. M. et al. (ed). **Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 555-563. (OPS. Publicación Científica, 534).

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEITÃO, L. C. A. et al. Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista de. Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 360-370, 2014.

LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizations for cardiovascular diseases and the coverage by the family health strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 611-619, 2015.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. (org). **Regionalização e relações federativas na política**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, S. Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013.

MACINKO, J. et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4, 2014.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 134, n. 2, p. 163-170, 2016.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 1, p. 20-25, 2016.

MÉDICI, A. C. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no

setor saúde. In: BACHA, E. L.; SCHWARTZMAN, S. (orgs.). **Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC; IEPE/CDG, 2011. p. 23-93.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, J. D. V. Mortalidade no Estado de São Paulo em 2012. **Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações em Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 29, p. 1-11, 2014. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_29.pdf. Acesso em: 23 set. 2016.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

MOLESINI, J. A. et al. Programação Pactuada Integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 623-638, 2010.

MORAIS, D. A. et al. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 211-218, 2009.

NISHIJIMA, M.; BIASOTO-JUNIOR, G. Análise de eficiência técnica em saúde entre 1999 e 2006. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 40, p. 45-65, 2013.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

PAIM J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 1995.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl.1, p. 1389-1400, 2011.

PINAFO, E. et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-137, 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

PINTO JUNIOR, V.C.; FRAGA, M. N. O.; FREITAS, S.M. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 463-468, 2012.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 117-137, 2014.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

REINALDE, E. M.; SILVA, G. W. S.; SOBREIRA, M. V. S. Potencialidades e fragilidades da comissão intergestores de uma região de saúde. **Journal of Nursing UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 8, p. 5358-5361, 2013.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a

prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

ROCHA, J. S. Y.; MONTEIRO, R. A.; MOREIRA, M. L. Fluxo de hospitalização nos sistemas público e privado no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 69, 2015.

ROSA, T. E. C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.

SALA, A. As doenças do aparelho circulatório no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 8, n. 88, p. 29-36, 2011.

SAMICO, I. et al. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; GERMANO, P (orgs.). **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo**. Coordenação: Gersa Figueiredo e Suely Vallin. São Paulo: SES, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/indicadores_de_saude_est_sp_ses_10.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Instruções do Uso do Tabnet**. [s. d.]. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/links/instrucoes-do-uso-do-tabnet>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1962, 2011.

Disponível em:

<<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%c3%a7as%20cr%c3%b4nicas%20n%c3%a3o%20transmiss%c3%adveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 maio 2014.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. suppl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

_____. Desafios de sistemas universais de saúde sob controle público: Federalismo e Regionalização e o Sistema Único de Saúde, no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 49, p. 104-113, 2013.

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. **Direito à Saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-259, 2012.

SILVA, H. P.; CAXIAS, M. C. L. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 808-820, 2016.

SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 471-477, 2012.

SILVA, M. V. S. et al. Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 107-116, 2012.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of

hypertension in men and women: a comparative analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50-58, 2016.

SPEDO, S. M.; PINTO; N. R. S; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: _____ (org.). **Atenção primária** – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-245.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-850, 2012.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANAKA, O. Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo, SP: EDUSP, 2001.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.

TANAKA, O. Y.; DRUMOND JUNIOR, M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no SUS segundo o porte de município, São Paulo, 2000 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 355-366, 2010.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. *Saúde pública*: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Information, communication, and equitable access to health care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl.2, p. S190-S198, 2004.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.175 p.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p.1089-1100, 2015.

WANG, D.; FERRAZ, O. L. Reaching Out to the Needy? Access to Justice and Public Attorneys' Role in Right to Health Litigation in the City of São Paulo. **SUR International Journal on Human Rights**, v. 10, n. 18, p. 1-227, 2013. Disponível em:

<<https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=465084070078098064026064067064121069120073069085030094102095074026125072069029001071042006097007012027110071101010124124069014104032014085018087070113093122024125030029075052101028016123091022086095087110085027112108099124070101125064096095019022108123&EXT=pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. **Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

YUSUF, S. et al. Interheart Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): case-control study. **Lancet**, London, v. 364, n. 9438, p. 937-952, 2004.

Apêndice I – Planilha para Coleta de Dados dos Procedimentos Ambulatoriais e de Internação.

Ano	Procedimento A	Procedimento B
	QTDE.	QTDE.
2000		
(para cada ano haverá uma linha)		
2013		
TOTAL GERAL		
MÉDIA		

Apêndice II – Roteiro de Entrevista

Data:

Entrevista nº:

Identificação do Participante

Instituição:

Nome do Participante:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Formação Escolar/Acadêmica:

Tempo de serviço na Instituição (anos):

Função na Instituição (anos):

Tempo de trabalho na atual função (anos):

Cargo:

Tempo de trabalho no atual cargo (anos):

Considerando casos reais vivenciados em sua experiência como gestor e/ou responsável pelo serviço de regulação no município/região, a partir de seu espaço de exercício profissional na gestão, entendendo a visão de mundo que esse local privilegiado lhe confere, gostaria de sua colaboração acerca da articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção aos agravos cardiovasculares, explorando o que segue:

1) Por favor, pense nas situações de trabalho e relate quais as principais dificuldades de articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção aos agravos cardiovasculares

- a) Em seu município?
- b) no CGR ?
- c) no DRS?

2) Comente as ações adotadas para superar as dificuldades de articulação e acesso a atenção aos agravos cardiovasculares.

3) Por favor, pense nas situações de trabalho e relate quais as principais facilidades de articulação dos serviços e do acesso dos usuários aos serviços de atenção aos agravos cardiovasculares

a) Em seu município?

b) no CGR ?

c) no DRS?

4) Comente as ações adotadas para potencializar as facilidades de articulação e acesso a atenção aos agravos cardiovasculares.

5) Você gostaria de acrescentar alguma informação?

Apêndice III– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO AOS AGRAVOS CARDIOVASCULARES”, que tem como objetivo avaliar as ações de atenção aos agravos cardiovasculares, na perspectiva da integralidade da atenção. A referida pesquisa está sob responsabilidade da pesquisadora Priscila Balderrama, doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, sob orientação da Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas, visto que essa é uma orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Participar dessa pesquisa significa aceitar ser entrevistado pela pesquisadora, em data, local e horário agendados previamente e que sejam satisfatórios para você. O local onde a entrevista será realizada possibilitará confidencialidade e sigilo com relação às informações emitidas. A entrevista terá duração estimada entre 30 a 50 minutos e será gravada. Após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, será feita a análise de conteúdo de modo a preservar suas opiniões emitidas. As informações gravadas na entrevista e as transcrições na íntegra ficarão arquivadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP, sob a guarda rigorosa da própria pesquisadora. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo.

De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). O conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver uma pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/ou periódicos científicos. Este tipo de estudo pode implicar em risco de desconforto ao responder a alguma questão. A entrevistadora se compromete a assisti-lo(a) emocionalmente bem como interromper a entrevista se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno. Em caso de manutenção do desconforto, você poderá interromper a entrevista em qualquer momento sem acarretar ônus ou prejuízo para sua vida pessoal/profissional.

Além disso, sua participação na referida pesquisa poderá trazer benefícios para sua vida profissional, tanto no que diz respeito à contribuição de novas informações sobre a qualificação do processo de gestão no SUS, quanto na ampliação de sua auto-percepção profissional e inserção no grupo de trabalho, além de contribuir, indiretamente, para a compreensão do objeto estudado, para a produção de conhecimento científico, e, em última instância, colaborar com a promoção de melhorias na organização das Redes de Atenção aos agravos cardiovasculares, no âmbito do serviço público de saúde. Em relação aos aspectos financeiros, esta pesquisa não gerará nenhum tipo de gasto para você e, por ser uma atividade voluntária, você também não receberá nenhum tipo de remuneração para participar da mesma.

Para participar da pesquisa, é necessário estar ciente da garantia dos seus direitos abaixo relacionados:

- Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem respondidas;
- Direito de não ser identificado, tendo a privacidade preservada;
- Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

VERSO

-Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;

-Direito à indenização conforme as leis vigentes do país, caso se sinta lesado em decorrência da participação na pesquisa.

Para participar da pesquisa, é preciso que você tenha conhecimento dos direitos descritos acima, concorde que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e, concorde livremente em responder a entrevista como voluntário (a).

Este termo de consentimento livre e esclarecido será impresso em duas vias, que serão assinadas por você e pela pesquisadora, ficando uma via assinada com cada um.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Priscila Balderrama no telefone (17)997116768 ou e-mail priscilabalderrama@usp.br, endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Campus da USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP no telefone (0xx16) 3602-3386, horário de funcionamento: 08 às 17h, de segunda à sexta-feira.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves Orientadora RG: 16.387.882 Fone: (0xx16)3602-3440	Ms. Priscila Balderrama Pesquisadora RG: 40.747.859-0 Fone: (17) 997116768

Local e data _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via assinada deste termo de consentimento.

Assinatura do entrevistado _____

Local e data _____

Apêndice IV – Proposta de Matriz de Registro de Entrevistas

Núcleos de Sentido	Significado	Entrevista

Anexo I - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-912 - Fone: 55 16 3662 3582 - 55 16 3662 3301 - Fax: 55 16 3662 3516
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 058/2014

Ribeirão Preto, 26 de março de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de março de 2014.

Protocolo CAAE: 26811614.1.0000.5393

Projeto: Avaliação regional da rede de atenção aos agravos cardiovasculares.

Pesquisadores: Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Priscila Balderrama

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP