



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

INGRID RAYANNE LINS DE OLIVEIRA

**CENÁRIOS DA OFERTA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADO EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE**

Recife

2024

INGRID RAYANNE LINS DE OLIVEIRA

**CENÁRIOS DA OFERTA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADO EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Gestão.

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Renato dos Santos

Recife

2024

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Kyria Macedo, CRB4:1693

O48c Oliveira, Ingrid Rayanne Lins de

Cenários da oferta de atendimento ambulatorial especializado em uma rede interestadual de saúde / Ingrid Rayanne Lins de Oliveira. – 2024.

56 f. : il., tab.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2024.

Inclui referências e anexo.

1. Regionalização da Saúde. 2. Assistência Ambulatorial. 3. Visita a Consultório Médico. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2024 - 088)

INGRID RAYANNE LINS DE OLIVEIRA

**CENÁRIOS DA OFERTA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO
EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovado em: 29/01/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Ronald Pereira Cavalcanti (Examinador Externo ao Programa)
Curso de Saúde Coletiva (CAV) -
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico esta dissertação ao criador do universo, Deus. À Jesus Cristo, que, pelo sacrifício de sangue, provou a maior das dores para ensinar aos homens sobre o amor, que salva e transcende todo entendimento. O amor que dividiu a história da humanidade em dois tempos (antes de Cristo e depois de Cristo). A Ele toda honra.

Dedico ainda a Terezinha Lins (in memoriam), minha avó, pelo exemplo espetacular de força e de mulher virtuosa. Por mostrar da forma mais válida que nada é tão nosso quanto os nossos sonhos e que a realização deles depende unicamente da vontade de Deus e da nossa dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua graça e bondade.

À minha mãe, minha razão de existir, por representar toda a bondade e amor de Deus, por doar tanto de si a mim e por seu amor incondicional e impagável.

Ao meu esposo, pela cumplicidade.

À família, pelo apoio e torcida.

À minha orientadora, por todo carinho, empatia, cumplicidade, atenção, por ter sido um belo presente e uma surpresa maravilhosa nessa caminhada.

Ao meu coorientador, por toda atenção e toda disponibilidade, muita gratidão a todas as contribuições.

Aos colegas discentes e amizades muito especiais construídas por meio dessa experiência no PPGSC.

Aos meus professores, por toda empatia e troca.

A todos os envolvidos direta e indiretamente pelas contribuições positivas, gratidão!

Finalmente, irmãos, tudo o que é verdadeiro, tudo o que é respeitável, tudo o que é justo, tudo o que é puro, tudo o que é amável, tudo o que é de boa fama, se alguma virtude há e se algum louvor existe, seja isso o que ocupe o vosso pensamento.

(FILIPENSES 4:8)

RESUMO

A organização dos serviços de saúde, na perspectiva das redes de atenção é importante para a garantia de direitos e para a concretização dos princípios do SUS. Isoladamente, qualquer nível de complexidade não é suficiente para resolver as demandas da população, o que requer atenção integral. O objetivo do presente trabalho foi analisar a oferta de consultas realizadas nos municípios do estado de Pernambuco que pertencem a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA), no período de 2014 a 2019. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo e transversal, com utilização de técnicas padronizadas de análise descritiva. Desenvolveu-se a descrição do que se refere às principais demandas de consultas na Rede, oferta por tipo de consulta especializada; a caracterização dos usuários por sexo; a condição do município no que se refere a ser solicitante ou demandante. Analisando o público que faz uso das consultas na Rede PEBA, é possível constatar uma representação considerável de utilização das cotas de consultas especializadas por pessoas do sexo feminino em detrimento ao masculino. No que se refere às principais demandas de consultas na Rede, é possível que estejam relacionadas às questões ambientais e de trabalho. O contexto sócio-histórico do espaço urbano; determinantes sociais do processo saúde-doença e ações de vigilância em saúde influenciam a configuração do perfil epidemiológico. A análise e classificação das consultas de acordo com a cidade demandante e executante nos permite a identificação de 27 cidades demandantes de consultas e apenas 4 executantes. Todas as demandantes pertencem a Rede PEBA, porém, entre as executantes, três delas compõem a Rede e uma delas não, no caso trata-se de Recife, capital do estado de Pernambuco. A maior parte das especialidades apresentaram tendência em resultar maior tempo médio de espera quando as demandas foram encaminhadas para fora da Rede, sendo este fator considerado em todos os casos de magnitude ou importância alta para esse acréscimo na média. Os achados demonstram que parte da demanda por consulta especializada extrapola a rede assistencial, indicando fragilidades importantes que interferem no alcance de princípios do SUS, como o da garantia de acesso, integralidade da assistência, assim como, evidencia a fragilidade para a efetividade e resolutividade da Rede PEBA.

Palavras-chave: regionalização; regulação; assistência ambulatorial; consultas

ABSTRACT

The organization of health services from the perspective of care networks is important for guaranteeing rights and implementing the principles of the SUS. In isolation, any level of complexity is not sufficient to resolve the population's demands, which requires comprehensive attention. The objective of this work was to analyze the supply of consultations carried out in municipalities in the state of Pernambuco that belong to the Interstate Health Network of Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA), from 2014 to 2019. This is an exploratory study, descriptive, quantitative and transversal, using standardized descriptive analysis techniques. A description of the main demands for consultations on the Network was developed, offering by type of specialized consultation; the characterization of users by gender; of municipalities considering the status of requestor or executor. Analyzing the public that makes use of consultations on the PEBA Network, it is possible to see a considerable representation of the use of quotas for specialized consultations by female people, to the detriment of males. Regarding the main demands for consultations on the Network, it is possible that they are related to environmental and work issues. The socio-historical context of urban space; social determinants of the health-disease process and health surveillance actions influence the configuration of the epidemiological profile. The analysis and classification of queries according to the requesting and executing city allows us to identify 27 cities requesting queries and only 4 executing them. All the plaintiffs belong to Rede PEBA, however, among the executors, only three of them make up the Network and one of them does not, in this case it is Recife, capital of the state of Pernambuco. Most specialties tended to result in longer average waiting times when demands were forwarded outside the Network, with this factor being considered in all cases of high magnitude or importance for this increase in the average. The findings demonstrate that part of the demand for specialized consultation goes beyond the care network, indicating important weaknesses that interfere with the achievement of SUS principles, such as guaranteeing access, comprehensive care, as well as highlighting the fragility of the effectiveness and resolution of the PEBA Network.

Keywords: regionalization; regulation; outpatient care; consultations

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Mapa do Estado de Pernambuco por Macrorregiões de Saúde..... | 22 |
| Figura 2 - Mapa do Estado de Pernambuco por Regiões de Saúde | 23 |
| Figura 3 - Mapa do Estado da Bahia por Macrorregiões de Saúde | 23 |
| Figura 4 - Mapa do Estado da Bahia por Regiões de Saúde | 24 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - atendimentos realizados na Rede PEBA - referentes ao estado de Pernambuco - por sexo, entre os anos de 2014 a 2019..... | 35 |
| Tabela 2 – Distribuição das consultas entre cidades solicitantes e executantes. Rede PEBA (Dados de Pernambuco). 2014-2019..... | 36 |
| Tabela 3 – Tempo médio entre a solicitação e a realização da consulta na Rede PEBA, referente ao estado de Pernambuco, no período de 2014 a 2019..... | 37 |
| Tabela 4 - Coeficiente de correlação de Pearson entre a distância percorrida pelo paciente para ter acesso a consulta e o tempo de espera, no período de 2014 a 2019, na Rede PEBA, referente às demandas dos usuários do estado de Pernambuco | 38 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 14 |
| 2.1 | A REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE | 14 |
| 2.2 | REGULAÇÃO E O ACESSO À ASSISTÊNCIA | 18 |
| 2.3 | REDES INTERFEDERATIVAS: PERNAMBUCO-BAHIA / REDE PEBA | 20 |
| 3 | OBJETIVOS | 26 |
| 4 | METODOLOGIA | 27 |
| 4.1 | DESENHO DO ESTUDO | 27 |
| 4.2 | LOCAL DO ESTUDO | 27 |
| 4.3 | PERÍODO DE REFERÊNCIA | 28 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS | 28 |
| 4.5 | BANCOS DE DADOS | 29 |
| 4.6 | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS | 29 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 29 |
| 5 | ARTIGO - CENÁRIOS DA OFERTA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE | 30 |
| 6 | CONCLUSÃO | 46 |
| <u> </u> | REFERÊNCIAS | 48 |
| <u> </u> | ANEXO A - CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO | 53 |

1 INTRODUÇÃO

Alguns princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) têm na implementação da regionalização de serviços e das ações da assistência o apoio à estruturação do sistema. A regulação do acesso, referida também como regulação assistencial, apoia-se na organização, controle, gerenciamento e na priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS e é estabelecida por meio dos complexos reguladores e unidades operacionais (BARBOSA, 2016). A composição dos processos de trabalho da regulação do acesso à assistência deve ser implementada, ou implantada, de forma integrada nas esferas de gestão do sistema, conforme as competências em todas as esferas de governo.

A regulação precisa ser efetivada por meio da mais adequada alternativa assistencial à necessidade da população, com atendimento às urgências, consultas e outros recursos que se fizerem necessários. A regulação em tempo hábil e com os encaminhamentos corretos propicia a melhor regulação dos casos conforme as necessidades dos usuários e contribui para uma melhor assistência em rede, evitando o deslocamento para as cidades mais longínquas, o que minimiza a oneração do sistema e desgastes (PAULA, 2021).

Para superação da fragmentação da assistência, o modelo de organização dos serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi adotado. Este modelo pode ser considerado como arranjo organizativo de serviços e ações de saúde, com densidades tecnológicas diferentes que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, objetiva garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Pode-se entender que as políticas públicas da área da saúde são fundamentais, uma vez que estão diretas ou indiretamente relacionadas com todos os aspectos da vida dos indivíduos e abrangem, assim, ações e serviços de saúde que devem considerar a realidade da população e a organização do serviço (CARNEIRO, BOUSQUAT; FRAZÃO, 2022)

Evidencia-se a regionalização como um processo incipiente no Brasil, resultado da baixa representação da temática por meio de normas ministeriais, pouca participação de gestores, competitividade entre os governos estaduais e municipais, além de capacidade restrita para efetivação das ações dos governos locais e a

atuação dos gestores sob a ótica restrita do território (PEREIRA, 2017).

Para alcance do princípio da integralidade é necessário extrapolar a compreensão das demandas nos níveis municipais e estaduais, e, para isso, torna-se imprescindível que sejam criadas redes interfederativas de saúde, compostas por municípios com territórios adjacentes e que incluam, também, os pertencentes a estados distintos. Rede essa que engloba serviços sob a responsabilidade dos diferentes entes federados e que considerem uma gestão intergovernamental, com coparticipação, compartilhamento, planejamento integrado e financiamento tripartite (SANTOS; ANDRADE, 2011).

A Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (RISVMSF) foi a primeira Região Interestadual de Saúde do país. Ela abrange a macrorregião sudoeste de Pernambuco, com sede em Petrolina e a macrorregião norte da Bahia, com sede em Juazeiro. A RISVMSF é também reconhecida e denominada por Rede PEBA (BRASIL, 2012).

O modelo de organização dos serviços de saúde em redes, as pactuações e contratualizações de assistência ambulatorial e hospitalar na regulação em saúde é uma ação que pode ser complexa e que, ao mesmo tempo, interfere no exercício de direitos e garantia de acesso a diversas políticas públicas. Conhecer a demanda e analisar a prestação dos serviços em quantitativos suficientes é importante para que haja a assistência mais adequada (DOMINGOS; FERRAZ; CARVALHO, 2019)

O Contexto da Rede PEBA representa um espaço privilegiado para estudos relacionados à oferta e demanda, visto a originalidade de ser a primeira região oficialmente constituída entre estados do Brasil, composta por 53 municípios, incorpora duas macrorregiões de saúde (uma em cada estado) e apresenta uma população estimada de 2.118.716 habitantes (IBGE, 2021), usufruindo desta articulação interestadual as ações e serviços de saúde. Ainda incorpora valor ao estudo o fato de que investigações sobre oferta e demanda são pouco frequentes, apesar de sua importância para a integralidade em saúde e, conseqüentemente, como componente para a garantia do direito à saúde. Logo, este trabalho tem por objeto a análise do acesso às consultas especializadas da primeira rede interestadual do Brasil (Rede PEBA), entre os anos de 2014 e 2019.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerando a complexidade dos problemas de saúde, há demandas que podem extrapolar a capacidade instalada do ente federado. Logo, podemos visualizar a estratégia de Regionalização como uma diretriz que contribui para melhor alocação de recursos, o fortalecimento e o exercício da pactuação entre as esferas de governo, assim como, para a contratualização de serviços e ações.

O relatório Dawson, com origem no Reino Unido, pode ser considerado como um marco no posicionamento de um governo em direção à disponibilização de cuidados por territórios. Buscava-se uma contraposição ao modelo Flexneriano, de cunho reducionista, curativo. Objetivava-se o alcance de uma organização, de um modelo de cuidados em resposta a uma assistência marcada por custos altos e pouca resolutividade de problemas (GREAT BRITAIN, 1920).

O Relatório supracitado propõe uma organização de serviços em centros de saúde e ofertas de ações cada vez mais próximas dos usuários. Organizados de forma regionalizada, propunha que grande parte das demandas de saúde fossem resolvidas por médicos generalistas e da família (PISCO; PINTO, 2020).

A proposta de organização alternativa apresentada no relatório Dawson é caracterizada pelo reforço da relação entre as ações de cunho preventivo e curativo, através de princípios como a integralidade e hierarquização, o que influenciou a organização de sistemas de saúde à nível global (PISCO; PINTO, 2020).

No contexto nacional, o Brasil seguiu orientações em direção a esses princípios, criou o Sistema Único de Saúde através da Constituição Federal de 1988, além de reformas complementares, a exemplo da implantação da Atenção Primária à Saúde - APS, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF em substituição à rede de atenção tradicional (PORTELA, 2017).

Iniciativas governamentais, nos anos 80, vão ao encontro com as linhas gerais propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, estratégias de reestruturação do sistema, como as Ações Integradas de Saúde - AIS, que foram consideradas 'estratégias-ponte' na viabilização político-institucional, financeira e técnico-organizativa do SUS (PAIM, 1986).

De acordo Paim (2019), sistemas de saúde públicos e com acesso universal são conquistas advindas da Era de Ouro do Capitalismo; inicialmente, uma propositura do reconhecimento de direitos, dentre eles, sociais e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar. Pode-se compreender que a definição de um Sistema de Saúde envolve um conjunto de instituições, ações e programas, sejam privados e/ou públicos, intrinsecamente relacionados a uma conjuntura de funcionamento de prestação dos serviços no país (ARAÚJO *et al.*, 2017, p. 15).

Alguns sistemas de saúde, a exemplo o do Canadá e o do Reino Unido (National Health Service - NHS), contam, em seus princípios básicos, com a universalidade. A discussão relacionada a implementação de um regime universal de saúde entrou em pauta no Canadá pelo ano de 1966, com a propositura de uma lei do governo federal estabelecendo a realização de transferências para as províncias, as quais, iriam gerir o sistema de saúde à nível regional (FALEIROS, 2010).

Pode-se considerar que, nacionalmente, o processo de regionalização tem seus primórdios ainda antes da constituição do SUS, com a Constituição Federal de 1988 - CF, meio por onde se consolidou (PEREIRA *et al.*, 2006). A CF de 1988 define alguns princípios para o sistema de saúde, dentre eles, o da descentralização, que tem uma intrínseca relação com a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 traz condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, define objetivos, atribuições, competências e direção do Sistema Único de Saúde - SUS. Estabelece a descentralização dos serviços aos municípios, que terão a necessidade de se organizar de forma regionalizada e hierarquizada e com níveis de complexidade crescente, sendo ascendente todo o processo de planejamento e orçamento do SUS, seguindo do nível local até o federal, por meio dos seus órgãos deliberativos.

De acordo com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), a Regionalização é a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Para o processo de regionalização destacam-se os objetivos (BRASIL, 2006b, p.18):

- [...]• Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;
 - Garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade;
 - Garantir a integralidade na atenção à saúde por meio da organização de redes de atenção à saúde integradas;
 - Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando as demandas nas diferentes regiões;
 - Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. [...]

A regionalização busca a redução das desigualdades sociais, assim como, nos territórios, a garantia do direito à saúde, mediante identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde (LIMA *et al.*, 2012).

Uma Região de Saúde pode ser definida como um conjunto de municípios vizinhos designados para integrar o planejamento, a organização, e a execução de ações e serviços de saúde. Sua base territorial precisa ser autossuficiente em serviços e ações em diferentes níveis de atenção. Com uma rede definida regionalmente levando em conta o território e desenho das linhas de cuidado (MENDONÇA; GONDIM; GIOVANELLA, 2018). Deve conter minimamente serviços e ações que compreendem a atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada, atenção psicossocial e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Regiões de saúde podem apresentar-se sob diversos desenhos, desde que observem a adequação da sua formulação às diversidades locais e organizem-se no atendimento das demandas da população adstrita aos municípios vinculados, com o objetivo de integrar o planejamento, organização, garantindo integralidade do cuidado, universalidade do acesso e equidade (BRASIL, 2011). Extrapolam a conceituação de meros produtos dos processos administrativos, compreendendo fatores relacionados às necessidades de saúde da população pertencente à região, contribuindo no desenvolvimento eficaz e efetivo (BRASIL, 2006). Abaixo alguns componentes da regionalização:

- 1) Territorialização: compreensão das demandas de saúde locais pelos gestores considerando os dados sanitários, da rede, e processos assistenciais;
- 2) Cooperação: ação conjunta pelos gestores dos entes federais, municipais e estaduais e o corpo técnico no enfrentamento dos

- desafios territoriais;
- 3) Cogestão: apoio continuado técnico e político para programação, articulação e estabelecimentos de acordos das ações e serviços; viabilizado por meio dos colegiados de gestão, ainda compreendido como arranjos institucionais que propiciam o desenvolvimento de tais funções solidariedade e cooperação;
 - 4) Financiamento solidário: clara designação dos recursos atribuídos ao suporte financeiro dos projetos, definidos no PDI e estipulados de acordo com a oferta e demanda dos serviços;
 - 5) Subsidiariedade: responsabilidade pelas tomadas de decisões nas esferas correspondentes, sem transferências às consecutivas.

Espera-se que os municípios pertencentes a uma determinada região de saúde não precisem sair dos limites dela para obter acesso aos serviços de saúde, uma vez que, a região de saúde tem a finalidade de atender as demandas e interesse local (PEREIRA *et al.*, 2006).

É de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a identificação das características sociais, de transporte, infraestrutura, como também, questões de saúde que podem ser compartilhadas para a constituição das regiões de saúde (CARDOSO, 2017). Neste sentido, existe a necessidade de proposituras de propostas para solucionar as desigualdades regionais, assim como, que aumentem as capacidades de respostas governamentais às demandas de saúde, considerando que a descentralização propõe uma variedade de políticas que respeitem características individuais de cada sistema.

Os mecanismos de equilíbrio típicos de cada arranjo federativo, dinâmicas de cooperação e competição, assim como, a forma de financiamento dos serviços públicos são temas discutidos sempre que se pensa em organização federalista e suas influências. Especialmente na área da saúde, os mecanismos de pesos e contrapesos e a dinâmica de competição e cooperação entre os entes, ao tempo que são destaques no arcabouço normativo, apresentam relação estreita com a crise do federalismo cooperativo do SUS no Brasil (RIBEIRO; MOREIRA, 2016)

Ainda de acordo com o autor supracitado, as políticas que contribuem para a cooperação regional encontram limitações na competição aberta entre os governos na busca de incentivos, prerrogativas e recursos, assim como, na disseminação de instâncias de pactuação e colegiadas que ao longo do tempo desvirtuar-se de sua principal finalidade e tornaram-se estruturas de veto de políticas coordenadas. Apesar da finalidade da descentralização ser positiva e virtuosa, a atual conjuntura do Sistema

Único de Saúde Brasileiro coloca em evidência a crise relacionada aos aspectos de cooperação tanto enfatizados na busca da garantia da assistência integral aos usuários.

Em decorrência da ociosidade e alto custo, torna-se inviável, considerando a realidade de alguns municípios, que os procedimentos mais complexos sejam ofertados em cada bairro/município. Logo, essa oferta exige uma escala de produção que ainda não é compatível com a demanda. Regiões de saúde são compreendidas como sendo elementos privilegiados de processos de regionalização, para articulação entre os diversos atores e a construção do SUS (LIMA *et al.*, 2012). O acesso à rede deve acontecer iniciando-se, prioritariamente, pela atenção básica e para os casos não resolvidos nesse nível de atenção, que ocorra a referência aos dispositivos da rede com nível de maior complexidade tecnológica (REGO; KAMIMURA; SILVA, 2018)

Enquanto as regiões são agrupamentos de municípios limítrofes, temos as Macrorregiões de Saúde, que são agrupamentos de Regiões de Saúde. Essas macrorregiões objetivam organizar entre si ações e serviços de média e alta complexidade. Assim, o acesso integral aos serviços à toda população pertencente a rede é garantida por meio do acesso a todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2018).

O arranjo federativo no Brasil define espaços territoriais que o setor saúde precisa se apropriar e operacionalizar, de forma a viabilizar a atenção à saúde. Para tanto, faz-se necessário adequar a oferta e tratar de forma qualitativa a utilização dos recursos, levando em conta as pactuações firmadas pelas instâncias gestoras. É por meio do conhecimento das demandas em saúde que se torna possível a proposição de um acesso assistencial que mais se aproxime das necessidades reais da população.

2.2 REGULAÇÃO E O ACESSO À ASSISTÊNCIA

De acordo com Santos e Merhy (2006), a regulação em saúde é uma ação que integra diversos atores sociais e instituições e está contida no campo da prestação de serviços. Tem o desafio permanente de ultrapassar a relação de regulação somente sob o aspecto de estabelecimento de normas/regras (CARVALHO, 2021), pois precisa

levar em conta alguns princípios como o da integralidade, que norteia as ações de regulação.

Pode-se considerar que, no contexto histórico, o processo de regulação do sistema de saúde brasileiro converge, de alguma forma, com o processo de contratualização dos serviços de saúde, que provém de um modelo de organização desenvolvido pelos institutos de previdência e assistência médica social, de anos anteriores. Esse modelo tem características de forte centralização da regulação, na verticalização de decisões, ações e arcabouço normativo, planejamento normativo, de controle, avaliações contábil-financeira e dos serviços com base em programas verticais de saúde pública (MERHY, 1992).

Em períodos anteriores aos anos 70 e 80, de modo geral, a situação de saúde sempre se apresentou precariamente. O sistema de saúde que antecedeu a reforma sanitária era centralizado, com má distribuição e insuficiente. A insatisfação e a inconformidade da época foram motivações para o enfrentamento dessa situação por parte de movimentos sociais, o que influenciou fortemente as transformações e mudanças que se seguiram (MEDEIROS, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, representou um marco importante para mudanças na saúde pública do país. Contudo, problemas como a má gestão, burocracia, distribuição que não adequa os recursos (bens e serviços), disponibilidade limitada de recursos humanos e divergências sociais e culturais entre as regiões comprometem a qualidade, a eficiência e o acesso (SENA; COSTA, 2016).

De acordo com Sousa, Araújo e Miranda (2017), há desigualdade e distanciamento na prestação da assistência e oferta dos serviços de saúde pública entre as macrorregiões. Essas desigualdades corroboram para o aumento do deslocamento geográfico e isso pode resultar em graves problemas de saúde como, por exemplo, o aumento da mortalidade.

No acesso, considera-se a acessibilidade geográfica como um componente fundamental, a mesma sofre influência da distribuição dos bens e serviços. Isso significa dizer que para que os cidadãos usufruam da oferta dos bens e serviços em saúde, faz-se necessário que os mesmos possuam capacidade de deslocamento, pois a acessibilidade não é garantida igualitariamente em toda a parte (ALMEIDA, SILVA e BOUSQUAT, 2022). O acesso geográfico, portanto, é imprescindível na busca por saúde. Sabendo que há forte ligação entre os padrões de desigualdades sociais e as

condições de saúde da população, aspectos relacionados às desigualdades no acesso aos serviços de saúde também se vinculam com a disponibilidade de equipamentos, de diagnósticos, de serviços e de recursos humanos.

O resultado dos entraves nos processos de execução e planejamento dos serviços públicos de saúde pode promover fragilidades complexas de serem compreendidas por parte da população, como a falta de infraestrutura, ou, até mesmo, escassez de uma equipe qualificada (CARVALHO, 2021).

A Regulação do Acesso precisa ser organizada em conformidade com as diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, tendo uma Atenção Básica resolutive e, sempre que esgotada a capacidade do atendimento especializado da rede municipal, a possibilidade de encaminhamento da população aos serviços de referência por meio de fluxos operacionais de regulação e protocolos, independentemente da localização geográfica dos serviços no seu território (DIAS, 2012; BRASIL, 2006c)

As demandas relacionadas à assistência em saúde são dinâmicas e estão associadas às inerentes mudanças nos territórios em seus aspectos sociais, econômicos e culturais. A gestão em saúde, incluindo a regulação, deve fazer parte de uma estrutura de governança que acompanhe a complexidade dessas mudanças diariamente, não se limitando a atender as demandas de serviços especializados de média e alta complexidade. Até porque nem toda demanda em saúde é uma necessidade em saúde, e parte das demandas de serviços especializados pode ser reduzida ao se aumentar a resolubilidade em níveis de menores complexidades de atenção. Desta forma, é possível reduzir filas de espera e promover o atendimento em tempo oportuno, garantindo direitos.

A implantação da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco ou Rede PEBA foi uma estratégia adotada pelos estados da Bahia e de Pernambuco, na tentativa de ofertar uma assistência mais adequada. Sua operacionalização exigiu esforços e investimentos dos dois estados, entre eles mecanismos de regulação para orientar e favorecer o trânsito do(a) cidadão(ã) no sistema público de saúde.

2.3 REDES INTERFEDERATIVAS: PERNAMBUCO-BAHIA / REDE PEBA

As redes interfederativas configuram-se a partir de aspectos relacionados aos graus de autonomia entre os governos. No Brasil, são apresentadas em um modelo singular, pois há a repartição tripartite de poderes (existem três níveis federados),

característica divergente de algumas nações, que realizam um movimento inverso, apresentam uma federação (RIBEIRO et al., 2017)

Os aspectos de cooperação tornam-se elementos fundamentais para o alcance do desenvolvimento democrático consensual. Sendo assim, é necessária a proposição de desenhos institucionais democráticos e consensuais que respeitem toda a influência dos ideários colocados por meio da reforma sanitária. Nesse caso, a descentralização e a organização de redes interfederativas são propostas afirmadas como estratégia interinstitucional, que objetiva orientar e cooperar com a instituição das políticas públicas e a capacidade de articulação interfederativa (ALELUIA et al., 2022).

Nos anos 2000, a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) Petrolina-Juazeiro foi criada por meio da Lei Complementar nº 113, de 19 de setembro de 2001, e regulamentada pelo Decreto nº 4.366, de 9 setembro de 2002. Com prioridades relacionadas às atividades de turismo, agricultura, ciência e tecnologia, a RIDE Petrolina-Juazeiro é resultado da Política Nacional de Desenvolvimento Regional, no plano de desenvolvimento da região (BRASIL, 2011b)

A existência da RIDE foi importante para que se iniciasse uma discussão entre os estados da Bahia e de Pernambuco sobre a implantação da primeira Macrorregião Interestadual de Saúde do país, a Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco ou Rede PEBA, que teve seu marco legal com a publicação da Portaria nº 1.989/2008. Essa normativa trouxe a constituição do Grupo de Trabalho (GT) para a implementação da Rede PEBA. O GT funcionava por meio de oficinas para o alinhamento metodológico e conceitual, para o estabelecimento de compromissos, a produção do Mapa de Saúde da região, a definição de objetivos, metas e linhas de ação. Passados dois anos, instituiu-se o Colegiado de Cogestão da Rede Interestadual de Saúde (CRIE), e os encontros do GT tornaram-se sistematizados nessa instância de cogestão (RODRIGUES, 2016).

Inicialmente, o GT foi composto por representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, Secretaria-Executiva – SE/MS, Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS, Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB); Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), além de representantes dos municípios que compuseram a rede, um representante do COSEMS, um apoiador local do MS e um representante das Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras (BRASIL, 2008).

A Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco ou Rede PEBA, envolve duas cidades, Petrolina (PE) e Juazeiro (BA), como as principais no tocante à articulação das ações e dos serviços de saúde prestados. Na sua implantação foram incluídos alguns outros municípios dos dois estados. O desenho da região é composto por seis microrregiões de saúde, sendo três no estado de Pernambuco (Petrolina, Salgueiro, Ouricuri) e outras três na Bahia (Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim) (PERNAMBUCO, 2014; GONÇALVES, 2018).

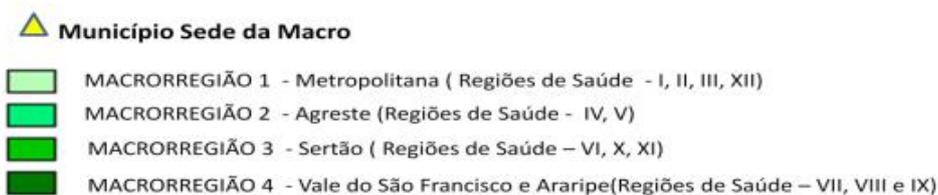
O processo da regionalização da saúde na Bahia teve início nos anos 80, a partir da instituição da reforma administrativa no estado, com as Diretorias Regionais de Saúde – DIRES. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, por meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDESC, encarregou-se da responsabilidade de coordenar, em conjunto com a CIB, o Plano Diretor de Regionalização - PDR (BAHIA, 2012a; TEIXEIRA et al., 1993). Em 2007, a regionalização ganhou impulso na Bahia com a “roupagem” de um novo desenho do PDR, com 9 macrorregiões, 30 microrregiões, e a implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional – CGMR (BRASIL, 2020).

Em Pernambuco, o desenho do Plano Diretor de Regionalização - PDR organiza o estado em 04 Macrorregiões (Figura 1), e 12 Regiões de Saúde (FIGURA 2), 11 microrregiões, e as respectivas CIRs.

Figura 1 - Mapa do Estado de Pernambuco por Macrorregiões de Saúde



Figura 1 – distribuição das macrorregiões de saúde. Pernambuco/2011



Fonte: PERNAMBUCO, 2011

Figura 2 - Mapa do Estado de Pernambuco por Regiões de Saúde

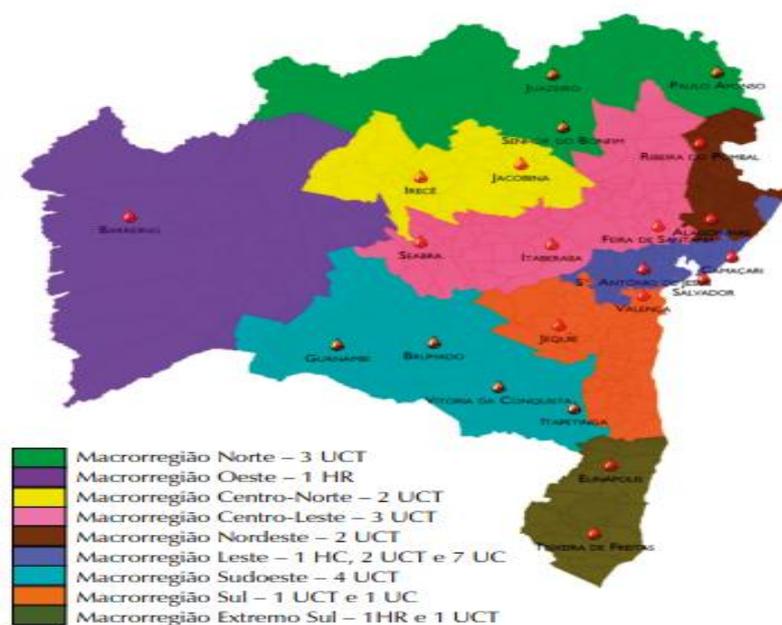


Fonte: PERNAMBUCO, 2011.

O Decreto 7.508/2011 institui a Comissão Intergestores Regional - CIR como sendo instâncias compostas por gestores dos entes federativos para gestão compartilhada do SUS e definição de regras no âmbito da Região de Saúde, a qual o ente está vinculado.

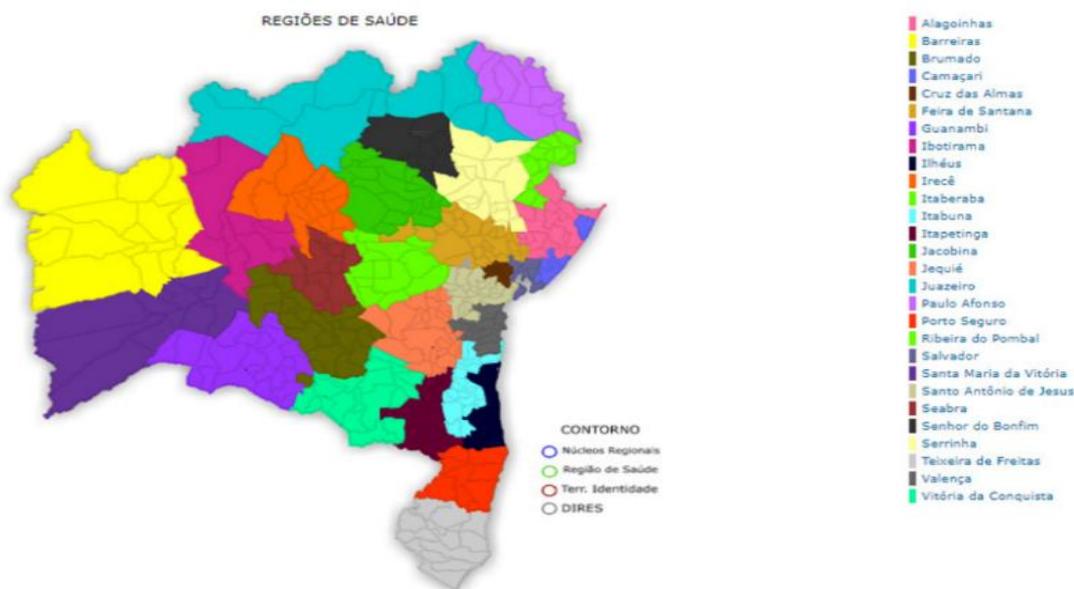
Na Bahia, em 2012, ocorreu uma nova modelagem do PDR e o estado ficou com 9 macrorregiões (FIGURA 3), 28 Regiões de Saúde (FIGURA 4) e com o mesmo quantitativo de CIR (BAHIA, 2012).

Figura 3 - Mapa do Estado da Bahia por Macrorregiões de Saúde



Fonte: SESAB, 2020

Figura 4 - Mapa do Estado da Bahia por Região de Saúde



Fonte: SESAB, 2020

Compreende-se por governança o estilo de governo que tem centralidade na cooperação e na interação entre os atores envolvidos e o estado com referência às redes decisórias mistas (público e privado), de forma a contribuir e aumentar com a interdependência objetivando obter resultados positivos no contexto de saúde e econômico para a população assistida. Nesse contexto, a CIR tem papel de pactuação e cogestão, que promove a viabilidade e a interpretação da realidade regional pelos gestores, assim como a conduta mais adequada para solução de problemas comuns em uma região de saúde. Com referência a rede PEBA, o CRIE e as CIRs representam colegiados permanentes para aprovação de projetos e propostas da rede (MENDES, 2011; GONÇALVES, 2018).

Em Pernambuco e na Bahia existem estruturas administrativas (denominadas no estado de Pernambuco como Gerência Regional de Saúde – GERES, e na Bahia, como Diretoria Regional de Saúde - DIRES) que realizam apoio técnico aos municípios que compõem as regiões no planejamento, tomada de decisão e monitoramento das ações. Com a Lei Estadual nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 as DIRES do estado da Bahia foram extintas e substituídas pelos Núcleos Regionais de Saúde – NRS.

A constituição da Rede PEBA é uma estratégia de cooperação entre os Estados da Bahia e Pernambuco com o objetivo de ofertar assistência à saúde da forma mais adequada às necessidades da população adstrita, essa constituição foi influenciada pela relação (política e administrativa) já existente entre os estados de Petrolina e Juazeiro. A implantação da Rede trouxe inúmeros benefícios ao atendimento à saúde daquela região, mas também apresenta desafios importantes, como a garantia da assistência o mais próximo de sua moradia, alcance do princípio da integralidade, os quais precisam ser analisados e compreendidos para que haja sua superação.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

☐ Analisar a oferta de consultas realizadas na Rede Interestadual Pernambuco/Bahia (Rede PEBA), no período de 2014 a 2019, considerando os dados disponibilizados pelo estado de Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

☐ Caracterizar individualmente os usuários da rede por sexo e discussão de fatores relacionados a utilização dessa oferta pela população;

☐ Analisar o deslocamento dos pacientes em relação ao referenciamento das consultas por municípios pertencentes à Rede, a oferta das consultas por município;

☐ Analisar as maiores demandas por consultas no período de 2014-2019, considerando o tempo de espera para sua execução;

☐ Analisar o atendimento especializado realizado dentro e fora da Rede PEBA quanto ao tempo de espera

4 METODOLOGIA

Este projeto é um recorte de uma pesquisa aprovada por meio da chamada pública FACEPE 10/2017, sob o número APQ-0561 4.06/17, “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da Rede Pernambuco/Bahia – rede PEBA”.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo e transversal, com utilização de análises estatísticas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo compreende os serviços de saúde localizados nos municípios integrantes da Rede PEBA, referentes ao estado de Pernambuco. A Rede é composta por duas Macrorregiões de Saúde: a macro Norte (Juazeiro/Bahia) e a IV macro - Vale do São Francisco (Petrolina/Pernambuco). Estão constituídas por 6 regiões de saúde, 3 no estado de Pernambuco (compostas por 25 municípios) e as outras 3 no estado da Bahia (contabilizando 28 municípios). Nos 53 municípios que integram a rede interestadual residem aproximadamente 2.118.716 milhões de habitantes, sendo 1.092.641 pertencentes à Macrorregião Norte da Bahia e 1.026.075 da IV Macrorregião de Pernambuco (BRASIL, 2020; IBGE, 2021).

IV Macrorregião Pernambuco

VIIª Região de Saúde: Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante;

VIIIª Região de Saúde: Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista;

IXª Região de Saúde: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.

Região Norte da Bahia

Região de Saúde de Paulo Afonso: Abaré, Chorrochó, Glória, Jeremoabo, Macururé, Paulo Afonso, Pedro Alexandre, Rodelas, Santa Brígida;

Região de Saúde de Juazeiro: Campo Alegre de Lourdes, Casa Nova, Canudos,

Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho, Uauá.

Região de Saúde de Senhor do Bonfim: Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Formoso, Filadélfia, Itiúba, Jaguarari, Pindobaçu, Ponto Novo, Senhor do Bonfim

4.3 PERÍODO DE REFERÊNCIA

O estudo foi relativo ao período de 2014 a 2019.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi operacionalizada em 2 fases, uma com abordagem descritiva e outra com abordagem analítica.

Descritiva:

- 1 - Características individuais dos usuários atendidos na Rede PEBA, caracterização por sexo;
- 2 - Distribuição das consultas na Rede levando em conta as cidades solicitantes e executantes;
- 3 - Tempo médio entre a solicitação e a realização das consultas mais demandadas no período compreendido no estudo;
- 4 - O coeficiente de correlação entre a distância percorrida pelo paciente para ter acesso a consulta e o tempo de espera.

Analítica:

Nesta fase foram investigados os fatores associados à oferta das consultas especializadas quanto à distribuição delas por município solicitante e executante, as maiores demandas de especialidades e o tempo de espera, a execução das consultas dentro da rede e fora da Rede, relacionando a distância que o usuário necessitou percorrer e o tempo de execução das solicitações e agendamentos registrados nos bancos de dados.

Os dados utilizados, provenientes do projeto maior, foram disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, coletados por meio dos sistemas de informações: Sistema de Informações em Regulação em Saúde (SISREG) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como, no sistema de agendamento ambulatorial utilizado pelo Estado.

Foram instituídos 3 bancos de dados em formato de planilha eletrônica (extensão .xls), e sistematizados considerando as características individuais dos usuários, os municípios envolvidos nas referências das consultas (execuções x encaminhamentos)

e a unidade individualizada (especialidades).

Por meio da linguagem “R” os dados foram analisados com abordagem descritiva e, também, de associação das consultas solicitadas e executadas por municípios da Rede PEBA.

4.5 BANCOS DE DADOS

Os bancos foram sistematizados em planilha eletrônica (extensão .xls):

- 1) Por usuário (características - sexo);
- 1) Por município (unidade resultante da agregação “município”) pertencente por estados que compõem a rede;
- 2) Unidade individualizada de serviço considerando a região geográfica (especialidades).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Em termos de recursos computacionais e métodos estatísticos, utilizou-se a linguagem R para importação e posterior análise descritiva e inferencial. A análise descritiva evidenciou frequências e percentuais das variáveis: a caracterização dos usuários que utilizaram os serviços por sexo, a distribuição das demandas por cidades solicitantes e executantes, tipo de consulta especializada considerando tempo médio para a sua execução e os dados do coeficiente de correlação entre a distância e o tempo de espera para o atendimento do usuário das consultas com maiores demanda. A análise inferencial foi executada principalmente por meio do teste T para amostras independentes, seguido da análise de magnitude do efeito do d de Cohen. Utilizou também o coeficiente de correlação de Pearson.

O teste T seguido do de Cohen ajudou a comparar o tempo médio de espera entre especialidades demandas dentro da rede e resolvidas dentro da rede, em relação àquelas demandas dentro da rede e resolvidas fora da rede. O coeficiente de correlação de Pearson ajudou a compreender a respeito da distância percorrida pelos pacientes para ter acesso a consulta e o tempo de espera em dias.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A submissão à apreciação do Comitê de Ética é dispensada, pois trata-se de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, conforme Resolução CNS nº 674/2022.

5 ARTIGO - CENÁRIOS DA OFERTA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE

Cenários da Oferta de Atendimento Ambulatorial Especializado em uma Rede Interestadual de Saúde

Scenarios for Offering Specialized Outpatient Care in an Interstate Health Network

Escenarios para Ofrecer Atención Ambulatoria Especializada en una Red de Salud Interestatal

Resumo:

Objetivo: Analisar a oferta de consultas realizadas nos municípios do estado de Pernambuco que pertencem a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, no período de 2014 a 2019.

Enquadramento teórico: A organização dos serviços de saúde na perspectiva das redes de atenção é importante para a garantia de direitos e a concretização dos princípios do SUS. Isoladamente, qualquer nível de complexidade não é suficiente para resolver as demandas da população, o que requer atenção integral.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo e transversal. Os dados analisados referem-se à demanda de consultas na Rede PEBA, os quais foram disponibilizados pelo Estado de Pernambuco. Desenvolveu-se análises descritiva e inferencial das variáveis: caracterização dos usuários por sexo; distribuição das consultas por município; maiores demandas considerando o tempo médio para a execução; e o coeficiente de correlação entre a distância e o tempo de espera dentro e fora da Rede.

Resultados: Pode-se considerar que municípios que compõem a Rede Interestadual realizam encaminhamentos para além dela, o que é desfavorável ao atendimento acessível e para a garantia da integralidade.

Originalidade: A pesquisa analisa o cenário ambulatorial na primeira rede de saúde interestadual do Brasil, Rede PEBA, e discute fatores da oferta interna e que podem extrapolá-la, até então, não explorados por estudos anteriores. Considera-se a contribuição para a elaboração de políticas públicas e para gestão em saúde, no atendimento a princípios importantes para a implementação do sistema.

Contribuições teóricas e práticas: Em termos teóricos, observa-se fatores que influenciaram a constituição da rede de saúde, como o compartilhamento de ações e serviços, assim como, a ocorrência de impactos negativos ao longo de sua implantação e capacidade resolutiva.

Palavras-chave: Regionalização; Regulação; Assistência Ambulatorial; Consultas.

Abstract:

Objective: To analyze the supply of consultations carried out in municipalities in the state of Pernambuco that belong to the Interstate Health Network of Vale do Médio São Francisco, from 2014 to 2019.

Theoretical framework: The organization of health services from the perspective of care networks is important for guaranteeing rights and implementing the principles of the SUS. In isolation, any level of complexity is not sufficient to resolve the population's demands, which requires comprehensive attention.

Methodology: This is an exploratory, descriptive, quantitative and cross-sectional study. The

data analyzed refers to the demand for consultations on the PEBA Network, which were made available by the State of Pernambuco. Descriptive and inferential analyzes of the variables were developed: characterization of users by gender; distribution of consultations by municipality; greater demands considering the average time for execution; and the correlation coefficient between distance and waiting time inside and outside the Network.

Results: It can be considered that municipalities that make up the Interstate Network carry out referrals beyond it, which is unfavorable to accessible care and the guarantee of comprehensiveness.

Originality: The research analyzes the outpatient scenario in the first interstate health network in Brazil, Rede PEBA, and discusses factors of the internal supply that can extrapolate it, until now, not explored by previous studies. The contribution to the development of public policies and health management is considered, in compliance with important principles for the implementation of the system.

Theoretical and practical contributions: In theoretical terms, factors that influenced the constitution of the health network are observed, such as the sharing of actions and services, as well as the occurrence of negative impacts throughout its implementation and resolution capacity.

Keywords: Regionalization; Regulation; Outpatient Care; Consultations.

Resumen:

Objetivo: Analizar la oferta de consultas realizadas en municipios del estado de Pernambuco que pertenecen a la Red Interestatal de Salud del Vale do Médio São Francisco, de 2014 a 2019.

Marco teórico: La organización de los servicios de salud desde la perspectiva de las redes de atención es importante para garantizar derechos e implementar los principios del SUS. De manera aislada, cualquier nivel de complejidad no es suficiente para resolver las demandas de la población, lo que requiere una atención integral.

Metodología: Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo y transversal. Los datos analizados se refieren a la demanda de consultas en la Red PEBA, que fueron puestas a disposición por el Estado de Pernambuco. Se desarrollaron análisis descriptivos e inferenciales de las variables: caracterización de los usuarios por género; distribución de consultas por municipio; mayores exigencias considerando el tiempo promedio de ejecución; y el coeficiente de correlación entre distancia y tiempo de espera dentro y fuera de la Red.

Resultados: Se puede considerar que los municipios que integran la Red Interestatal realizan derivaciones más allá de ella, lo que perjudica la accesibilidad de la atención y la garantía de integralidad.

Originalidad: La investigación analiza el escenario ambulatorio de la primera red interestatal de salud de Brasil, la Rede PEBA, y discute factores de la oferta interna que pueden extrapolarlo, hasta ahora, no explorados por estudios anteriores. Se considera la contribución al desarrollo de políticas públicas y gestión de la salud, en cumplimiento de principios importantes para la implementación del sistema.

Aportes teóricos y prácticos: En términos teóricos, se observan factores que influyeron en la constitución de la red de salud, como la compartición de acciones y servicios, así como la ocurrencia de impactos negativos a lo largo de su implementación y capacidad resolutoria.

Palabras clave: Regionalización; Regulación; Atención ambulatoria; Consultas.

INTRODUÇÃO

A rede regionalizada é uma das estratégias para a superação da fragmentação da assistência à saúde. No Brasil, ainda que a proposta de instituição de redes regionalizadas seja antecedente à reforma sanitária, a temática adquiriu maior força no início do século XXI, com objetivo central de superação da fragmentação existente, a qual prejudica a oferta de serviços e ações integrais e contínuas. A organização em redes de atenção apresenta alguns desafios, dentre eles, a superação das desigualdades sociais, geográficas, econômicas, as quais caracterizam o país, e a diversidade de interesses dos diferentes atores presentes na prestação da assistência.

A organização dos serviços sob a perspectiva de redes é um componente importante à garantia de direitos, ações e serviços em diferentes sistemas de saúde; no Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental na consecução de princípios como a equidade, universalidade e integralidade. Cada nível de atenção à saúde tem sua contribuição para o sistema, logo, isoladamente, qualquer nível de complexidade, não pode ser considerado suficiente na resolução das demandas da população, que depende da instituição dos serviços e ações de cuidado.

As redes de atenção à saúde são constituídas a partir da necessidade de garantir ações que respondam às reais necessidades dos usuários, sendo fundamentais à organização e funcionamento do sistema. Assim, as barreiras referentes aos itinerários precisam ser eliminadas, facilitando o acesso e a oferta, além de contribuir para a racionalização dos gastos (Santos, 2017).

A assistência oportuna e adequada do cuidado exige que todos os serviços estejam organizados de modo a oferecer, continuamente, ações de prevenção, promoção, acompanhamento, reabilitação e cura, com condições de acesso aos diferentes pontos de atenção na rede, possibilitando o contato entre os diversos atores do sistema e de recursos, em conformidade com as necessidades de saúde que se apresentarem. Nacionalmente, os obstáculos a serem ultrapassados são muitos na garantia da integralidade do cuidado, em decorrência de um cenário de fragmentação presente no SUS.

As trajetórias assistenciais podem gerar indicações que contribuem para avaliação da articulação dos serviços, para a compreensão de como ocorrem os processos de trabalho, da prestação da assistência, dos processos organizativos e qualidade da atenção. Avaliar as Redes de Atenção à Saúde sob a perspectiva da capacidade de articulação dos serviços é um desafio, mas é fundamental para compreensão da implantação do sistema.

De acordo com, os processos de governança no SUS, sob a perspectiva das redes de atenção à saúde, apresentam-se desiguais e diferentes, em decorrência da heterogeneidade dos atores envolvidos, em especial, na alta complexidade e na média complexidade, instituindo processos de governança característicos e multiníveis nas três esferas de governo. O sistema de saúde pública no Brasil que antecedeu a Reforma Sanitária era organizado de forma centralizada, apresentava má distribuição e era considerado insuficiente. A insatisfação e a inconformidade, na época, podem ser consideradas motivação para o enfrentamento dessa situação, o que influenciou fortemente as transformações e mudanças que se seguiram.

Além das questões supracitadas, a instituição das Redes de atenção e os processos de governança no SUS, levam em conta outras variáveis. De acordo com elevadas taxas de determinada doença podem ser influenciadas pela ausência de ações que precisam ser desenvolvidas por meio da atenção primária e de vigilância em saúde. Supõe-se que a ampliação da cobertura de unidades de saúde contribui para o aumento de detecção de doenças. Contudo, a assistência com baixa qualidade também reforça a prevalência oculta. Por isso, a necessidade de conhecimento das potencialidades e limitações da oferta dos serviços públicos na rede, seja por questões sociodemográficas, seja por aspectos culturais.

Ter conhecimento das dificuldades e problemas enfrentados pelos usuários nos percursos vivenciados pelos mesmos, no mundo real, é um caminho que precisa ser considerado para o alcance da reorientação política em direção à garantia do acesso e saúde de qualidade. Faz-se necessário, cada vez mais, que as ações e serviços lancem mão de uma visão integral dos níveis de atenção, pois, o cuidado em saúde abrange serviços, profissionais e ações diversas. Nesse sentido, é indispensável que o cuidado em saúde seja capaz de integrar os diversos pontos da rede oferecendo uma assistência que mais se aproxime às reais necessidades da população, levando em conta o contexto da regionalização.

O contexto da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, aqui identificada como Rede PEBA, constituída por municípios de Pernambuco e da Bahia, representa um espaço privilegiado para abordagens relacionadas à oferta e demanda, visto a originalidade de ser a primeira região oficialmente constituída entre estados no Brasil. Do lado de Pernambuco, o município com maior potencial de oferta de serviços é Petrolina, do lado da Bahia, Juazeiro. A separação entre ambos se dá apenas por uma ponte.

A parceria existente entre os municípios de Petrolina e Juazeiro é ressaltada pela sua historicidade na região que configura a Rede PEBA. Ambos os municípios, mesmo antes da instituição da Rede PEBA, já recebiam a maior demanda, contudo, mostrava-se necessária a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos e que compunham a região, de forma que as ações desenvolvidas fossem resolutivas e organizadas. Considerando o exposto, a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA) foi instituída em 2011 com o objetivo de fortalecimento e organização de uma rede de saúde que promovesse qualidade no funcionamento da assistência para melhor atender a população daquela região. A Rede PEBA é constituída por 53 municípios, incorpora duas macrorregiões de saúde, uma em cada estado, e apresenta uma população aproximada de 2.118.716 habitantes (IBGE, 2021), que usufrui desta articulação interestadual no que se refere a ações e serviços de saúde.

A originalidade da Rede PEBA é um aspecto que estimula a investigação sobre o seu funcionamento e estudos sobre oferta e demanda são pouco frequentes, apesar de sua relevância para a integralidade em saúde e, conseqüentemente, como componente para a garantia do direito à saúde.

Considerando os respectivos aspectos, este trabalho tem por objetivo analisar a oferta de consultas especializadas da primeira rede interestadual de saúde do país, por meio de dados disponibilizados por um dos estados que compõem a mesma, entre os anos de 2014 e 2019.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Os problemas de saúde são complexos, nesse sentido, há necessidades que podem extrapolar a capacidade instalada de alguns municípios. Sobre o exposto, pode-se visualizar na Regionalização uma estratégia que contribui para a mais adequada alocação de recursos, para as pactuações entre os entes federativos - fortalecendo as mesmas, assim como, a contratualização dos serviços e ações.

Alguns municípios podem apresentar limitações e incapacidade de ofertar os serviços de saúde em todos os níveis de atenção dentro de sua região geográfica, sua área adstrita. Sabe-se que alguns serviços de saúde que apresentam uma complexidade maior, demandam mais tecnologia e mais especialização. Logo, a regionalização é compreendida como uma alternativa ao atendimento às necessidades de saúde da população, por meio de um agir colaborativo, em que o município, independente do porte, seja capaz de realizar a oferta de serviços de saúde.

No Brasil, a Constituição Federal - CF de 1988 instituiu alguns princípios no campo da saúde, a exemplo, o da descentralização, que está intimamente relacionado à regionalização de serviços de saúde. Uma rede de saúde regionalizada pode ser definida como um conjunto de

municípios limítrofes, os quais integram a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços em saúde. Nesse sentido, considera-se que a base territorial tem a necessidade de autossuficiência na prestação dos serviços e ações em diferentes níveis de atenção.

Considerando a regionalização na saúde, o primeiro acesso à rede deve ser iniciado, preferencialmente, pela atenção primária e não havendo a resolução neste nível de atenção, que haja os encaminhamentos necessários aos demais níveis de atenção da rede. As desigualdades e distanciamentos na assistência e na oferta dos serviços entre as regiões de saúde é uma realidade. Desigualdades que reforçam o aumento do deslocamento geográfico, e podem resultar em consideráveis problemas de saúde, inclusive, aumento da mortalidade.

No caso específico da área do estudo em pauta, percursos e obstáculos nas trajetórias assistenciais da Rede PEBA devem influenciar na garantia do atendimento, ao abordar sobre a regionalização, reiteram as tentativas de qualificação da regulação em saúde no Brasil, em especial, por meio de medidas normativas. Discorrem sobre as fragilidades na implantação da regulação assistencial na organização do sistema de saúde, com destaque nos processos de governança, o que gera desassistência para os usuários. Obstáculos na articulação e coordenação da rede podem gerar limitação da oferta de consultas, o que interfere negativamente na demanda reprimida.

As contratualizações da assistência hospitalar e também ambulatorial na regulação em saúde são complexas e requerem diferentes estratégias políticas em sua execução para garantir o acesso da população, em especial, para um sistema de saúde que é organizado em redes. Ter conhecimento da realidade e das demandas e analisá-las considerando a prestação dos serviços em quantidades suficientes é fundamental para a prestação mais adequada.

METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS

O estudo realizado é do tipo exploratório, descritivo, quantitativo e transversal. A Rede PEBA é constituída pela macro Norte no estado da Bahia e a IV macro - Vale do São Francisco no estado de Pernambuco. Cada macrorregião é composta por 3 regiões de saúde que comportam o total de 53 municípios (28 na Bahia e 25 em Pernambuco). Para o estudo foram analisadas as demandas de consultas especializadas da totalidade dos municípios de Pernambuco, os 25 que compõem a IV Macro (formada pelas Regiões de Saúde VII, VIII e IX), na qual residem 1.026.075 pessoas. Os dados foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco (BRASIL, 2020; IBGE, 2021). O estudo compreende o período entre os anos de 2014 a 2019.

Os dados foram coletados no Sistema de Informações em Regulação em Saúde (SISREG), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como no sistema de agendamento ambulatorial utilizado pelo estado de Pernambuco.

Em termos de recursos computacionais e métodos estatísticos, utilizou-se a linguagem R para importação e posterior análises descritiva e inferencial. A análise descritiva evidenciou frequências e percentuais das variáveis: caracterização dos usuários que utilizaram os serviços por sexo; distribuição das demandas por cidades solicitantes e executantes; tipo de consulta especializada considerando tempo médio para a sua execução e os dados do coeficiente de correlação entre a distância e o tempo de espera para o atendimento do usuário das consultas com maiores demandas.

A análise inferencial foi executada por meio do teste T para amostras independentes, seguido da análise de magnitude do efeito de d de Cohen. Utilizou-se também o coeficiente de correlação de Pearson.

O teste T seguido do teste de Cohen ajudou a comparar o tempo médio de espera entre especialidades demandadas dentro da rede e resolvidas dentro da rede, em relação àquelas

demandas dentro da rede e resolvidas fora da rede. O coeficiente de correlação de Pearson ajudou a compreender a respeito da distância percorrida pelos pacientes para ter acesso à consulta e o tempo de espera em dias.

Em relação aos aspectos éticos, conforme Resolução 510/2016 do CONEP, o estudo dispensa avaliação por se enquadrar na categoria pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

RESULTADOS

Características individuais dos usuários atendidos na Rede PEBA

Do total de 264.083 consultas executadas na Rede PEBA, conforme dados disponibilizados pelo estado de Pernambuco, 173.631 foram utilizadas por pessoas do sexo feminino. Uma representação maior que 65% do total de usuários atendidos.

Tabela 1 - Atendimentos realizados na Rede PEBA - referentes ao estado de Pernambuco - por sexo, entre os anos de 2014 a 2019.

| Sexo | Frequência | Porcentagem |
|--------------|---------------|--------------|
| FEMININO | 173.631 | 65,7 |
| MASCULINO | 90.452 | 34,3 |
| Total | 264083 | 100,0 |

Elaborada pelos autores (2023)

Análise descritiva das demandas por município

No período estudado foram demandadas 264.083 consultas em 33 especialidades médicas. As três cidades que mais demandaram/solicitaram consultas foram Juazeiro-BA (16,2%), Petrolina-PE (15,2%) e Salgueiro-PE (10,3%), totalizando aproximadamente 42% de tudo que foi demandado. Em relação a execução, quatro cidades foram observadas, sendo três da Rede PEBA: Petrolina-PE (61%), Salgueiro-PE (22%) e Ouricuri-PE (15%). Recife, a capital, apresenta-se como a quarta executante de consultas, com aproximadamente 2% de todo volume.

Tabela 2 – Distribuição das consultas entre cidades solicitantes e executantes. Rede PEBA (Dados de Pernambuco). 2014-2019.

| Cidade demandante | Cidade executante | | | | Demandas | % |
|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------|-------------------------|--------------|--------------|
| | Dentro da Rede PEBA (DRP) | | | Fora da Rede PEBA (FRP) | | |
| | Ouricuri | Petrolina | Salgueiro | Recife | | |
| Juazeiro | 0 | 42865 | 23 | 47 | 42935 | 16.2% |
| Petrolina | 0 | 39045 | 12 | 1132 | 40189 | 15.2% |
| Salgueiro | 0 | 63 | 26456 | 739 | 27258 | 10.3% |
| Santa Maria da Boa Vista | 0 | 19164 | 5 | 228 | 19397 | 7.3% |
| Lagoa Grande | 0 | 14716 | 1 | 121 | 14838 | 5.6% |
| Cabrobó | 0 | 13488 | 2 | 186 | 13676 | 5.2% |
| Dormentes | 0 | 11912 | 0 | 90 | 12002 | 4.5% |
| Afrânio | 0 | 10347 | 1 | 103 | 10451 | 4.0% |
| Ouricuri | 8045 | 72 | 4 | 357 | 8478 | 3.2% |
| Orocó | 0 | 7916 | 0 | 52 | 7968 | 3.0% |
| Terra Nova | 0 | 18 | 7466 | 222 | 7706 | 2.9% |
| Parnamirim | 3279 | 36 | 3356 | 173 | 6844 | 2.6% |
| Serrita | 0 | 12 | 5509 | 61 | 5582 | 2.1% |
| Bodocó | 4906 | 28 | 1 | 180 | 5115 | 1.9% |
| Trindade | 4456 | 13 | 0 | 255 | 4724 | 1.8% |
| Ipubi | 4544 | 14 | 10 | 135 | 4703 | 1.8% |
| Belém do São Francisco | 0 | 3 | 4377 | 187 | 4567 | 1.7% |
| Mirandiba | 0 | 3 | 4308 | 82 | 4393 | 1.7% |
| Araripina | 4087 | 45 | 0 | 30 | 4162 | 1.6% |
| Verdejantes | 0 | 12 | 4006 | 129 | 4147 | 1.6% |

| | | | | | | |
|--------------------|--------------|---------------|--------------|-------------|---------------|---------------|
| Cedro | 0 | 4 | 3241 | 56 | 3301 | 1.2% |
| Exu | 2938 | 43 | 2 | 225 | 3208 | 1.2% |
| Santa Filomena | 2311 | 5 | 0 | 29 | 2345 | 0.9% |
| Santa Cruz | 2275 | 17 | 0 | 31 | 2323 | 0.9% |
| Granito | 2072 | 9 | 0 | 24 | 2105 | 0.8% |
| Moreilândia | 1607 | 10 | 0 | 49 | 1666 | 0.6% |
| | 40520 | 159860 | 58780 | 4923 | 264083 | 100.0% |
| Execuções % | 15.3% | 60.5% | 22.3% | 1.9% | | |

Elaborada pelos autores (2023)

Maiores demandas e o tempo médio de espera para acesso à consulta

Do total de 264.083 consultas, as quais foram demandadas em 33 especialidades médicas, destaca-se abaixo as 11 especialidades que mais foram procuradas na Rede e correspondem a aproximadamente 82% do total: oftalmologia (17%), dermatologia (11,4%), cardiologia (10,6%), otorrinolaringologia (7,8%), endocrinologia (7,6%), gastroenterologia (6,5%), urologia (6,2%), cirurgia geral (5%), ortopedia (4,2%), fisioterapia (3,1%) e ginecologia (2,9%).

A Tabela 3 dispõe das 11 especialidades de consultas supracitadas e o tempo médio de espera por estas quando realizadas dentro da Rede PEBA ou na cidade de Recife (Fora da Rede PEBA). Apresenta-se ainda a comparação por meio do teste T para amostras independentes e a magnitude do efeito. Algumas especialidades, a exemplo, as de fisioterapia e cirurgia geral, não demandam consultas fora da Rede PEBA e, por isso, essa comparação não se aplica. Vale destacar que o tempo médio para cirurgia geral foi de quase 3 meses e para fisioterapia, quase um mês, mesmo sem a necessidade de encaminhamento para além da Rede, sendo totalmente resolvidas dentro dela.

As especialidades, ginecologia e oftalmologia não apresentaram diferenças significativas de tempo de espera entre as consultas realizadas dentro e fora da Rede PEBA, por outro lado, as demais especialidades apresentaram tendência em resultar maior tempo médio de espera quando as demandas foram encaminhadas para fora da Rede, sendo este fator considerado em todos os casos de magnitude ou importância alta para esse acréscimo na média. Ortopedia foi a especialidade com maior tempo de espera, independentemente, se realizada dentro ou fora da Rede.

Tabela 3 - Tempo médio entre a solicitação e a realização da consulta na Rede PEBA, referente ao estado de Pernambuco, no período de 2014 a 2019.

| Especialidade | Tempo médio de espera (dias) ^a | p-valor ^b | d de Cohen ^c | Magnitude do efeito ^c |
|---------------|---|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
|---------------|---|----------------------|-------------------------|----------------------------------|

| | PEBA | Externa | | | |
|-----------------------------|-------|---------|----------------|----------------|----------------|
| <i>Cardiologia</i> | 32,4 | 70,06 | < 0.001 | 1,47 | Alto |
| <i>Cirurgia geral</i> | 87,7 | - | Não se aplica* | Não se aplica* | Não se aplica* |
| <i>Dermatologia</i> | 50,11 | 85,7 | < 0.001 | 1,12 | Alto |
| <i>Endocrinologia</i> | 43,8 | 73,03 | < 0.001 | 1,22 | Alto |
| <i>Fisioterapia</i> | 26,52 | - | Não se aplica* | Não se aplica* | Não se aplica* |
| <i>Gastrologia</i> | 39,5 | 84,5 | < 0.001 | 1,59 | Alto |
| <i>Ginecologia</i> | 69,3 | 68,4 | 0,933 | 0,27 | Pequeno |
| <i>Oftalmologia</i> | 55,8 | 59,5 | 0,575 | 0,152 | Pequeno |
| <i>Ortopedia</i> | 74,2 | 132,8 | < 0.001 | 1,11 | Alto |
| <i>Otorrinolaringologia</i> | 53,09 | 102,1 | < 0.001 | 1,25 | Alto |
| <i>Urologia</i> | 38,03 | 60,36 | 0,006 | 0,812 | Alto |

Elaborada pelos autores (2023)

Referência:(a) Diferença em dias entre a data de solicitação e a data de execução; (b) Teste T para amostras independentes; (c) Magnitude alta a partir de 0,8; (*) Não se aplica nos casos onde não há execução externa à Rede PEBA.

Tratamento dentro e fora do domicílio e tempo de espera para o acesso especializado

Uma outra medida que pode ser analisada paralelamente ao tempo de espera é a distância rodoviária entre as cidades. Conforme apresentado antes, apenas quatro cidades são executantes neste processo, destas, apenas três pertencem à Rede PEBA. Por outro lado, existem 27 demandantes, ou seja, 24 diferentes das 3 executantes na rede, o que evidencia uma forte necessidade de deslocamentos dos pacientes. Desta forma, justifica-se avaliar o impacto das distâncias rodoviárias no tempo de espera.

A Tabela 4 apresenta o coeficiente de correlação de Pearson entre a distância percorrida pelo paciente para ter acesso a consulta e o tempo de espera por esta. Os resultados corroboram com os achados da Tabela 3, pois as especialidades fisioterapia e cirurgia geral que têm execuções apenas dentro da rede apontaram para não existência de correlação, ou seja, quando executadas exclusivamente dentro da rede, a distância maior ou menor não impactou em um maior ou menor tempo de espera.

Ainda na Tabela 4, as especialidades de ginecologia e oftalmologia também apontaram para correlação nula, algo consistente com o apresentado na Tabela 3, face que estas mesmas especialidades apresentaram similar tempo de espera em consultas dentro e fora da rede. Por

outro lado, as demais especialidades apresentaram uma correlação positiva, variando de fraca para moderada, porém sempre significativa, indicando que, com maior ou menor força, maiores distâncias em geral podem estar vinculadas a maiores tempos de espera.

Tabela 4 – Coeficiente de correlação de Pearson entre a distância percorrida pelo paciente para ter acesso a consulta e o tempo de espera, no período de 2014 a 2019, na Rede PEBA, referente às demandas dos usuários do estado de Pernambuco.

| <i>Especialidade</i> | <i>Correlação de Pearson</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------|------------------------------|------------------|
| <i>Cardiologia</i> | <i>0.514</i> | <i><0.001</i> |
| <i>Cirurgia geral</i> | <i>0.037</i> | <i>0.924</i> |
| <i>Dermatologia</i> | <i>0.391</i> | <i>0.009</i> |
| <i>Endocrinologia</i> | <i>0.367</i> | <i>0.012</i> |
| <i>Fisioterapia</i> | <i>-0.177</i> | <i>0.511</i> |
| <i>Gastrologia</i> | <i>0.547</i> | <i><0.001</i> |
| <i>Ginecologia</i> | <i>0.008</i> | <i>0.962</i> |
| <i>Oftalmologia</i> | <i>0.21</i> | <i>0.874</i> |
| <i>Ortopedia</i> | <i>0.443</i> | <i>0.003</i> |
| <i>Otorrinolaringologia</i> | <i>0.412</i> | <i>0.002</i> |
| <i>Urologia</i> | <i>0.345</i> | <i>0.015</i> |

Elaborada pelos autores (2023)

DISCUSSÃO

Os resultados dos dados com características individuais dos usuários atendidos na Rede PEBA, por sexo, apresentam uma discrepância quanto a média de homens e mulheres que acessam os serviços. Mais de 65% dos atendimentos de consultas foram para pessoas do sexo feminino. O achado corrobora com outros trabalhos publicados, e os fatores relacionados são diversos. Estudo realizado por, identificou um panorama à nível nacional em que os homens acessam os serviços de saúde, em sua maioria, por meio da atenção especializada, ou seja, quando em quadros de saúde agravados ou com apresentação aguda, o que pode resultar numa difícil resolução. A precariedade de informações sobre autocuidado, ideologia de invulnerabilidade, somados a baixa, ou nenhuma, procura por serviços de saúde influenciam no aumento dos índices de morbimortalidade desse público.

As práticas embasadas em valores e ideologias do ser masculino, influenciadas pela

cultura patriarcal, trazem a discriminação de gênero e contribuem para o distanciamento de homens nas ações relacionadas à saúde, corroborando para as exposições aos riscos na tentativa de responder às expectativas do ser masculino. O aspecto cultural, o patriarcado e a ideologia de uma invulnerabilidade colocam-se como maiores barreiras às necessidades de busca por assistência à saúde, ou até mesmo ao conhecimento sobre promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças e agravos nessa população.

No que se refere às principais demandas de consultas na Rede, é possível que estejam relacionadas às questões ambientais e de trabalho (Tabela 2). Para as regiões próximas do Vale do São Francisco, pode-se inferir que a construção sócio-histórica é influenciada pelas oportunidades de trabalho. Logo, parte do grupo massivo de trabalhadores passa a atuar oferecendo uma mão de obra fixa e temporária, especialmente, em períodos de safra. A demanda por consulta de dermatologia, por exemplo, pode estar relacionada às questões ambientais e de trabalho da região, que é marcada pela produção agrícola e, conseqüente, exposição dos trabalhadores e trabalhadoras aos riscos ambientais

Em relação aos encaminhamentos de consultas nos municípios pernambucanos que compõem a Rede PEBA, é possível observar que Salgueiro é um município que apresenta uma quantidade relevante de consultas solicitadas dentro da Rede PEBA, no período do estudo (Tabela 2). Vale ressaltar que, este município tem um papel considerável na Rede, pois, é o município sede da VII Região de Saúde do Estado e dispõe de vários serviços, os quais são ofertados dentro da Rede em seu território, a exemplo, a Fundação Altino Ventura, uma instituição sem fins lucrativos que oferece atendimento de oftalmologia eletivo, de urgência e emergência.

O município de Santa Maria da Boa Vista, que faz parte da VIII Região de Saúde do estado de Pernambuco, apresenta considerável participação na Rede como demandante. Sua constituição sócio-histórica, marcada pela migração de inúmeros grupos populacionais, impulsionados pela possibilidade de renda pela fruticultura irrigada e o desenvolvimento do setor agrícola, podem ter influenciado o aumento da demanda por serviços públicos, e nesse caso, de saúde na Rede PEBA (Tabela 2).

O contexto sócio-histórico do espaço urbano; determinantes sociais do processo saúde-doença; e ações de vigilância em saúde influenciam a configuração do perfil epidemiológico. A relação entre a ocupação de regiões com o desenvolvimento espaço-temporal resulta em uma fonte de fatores de exposição. Assim, o processo de ocupação de algumas regiões ligado às migrações que ocorreram em décadas anteriores, configura-se como um poderoso fator dessa cadeia/perfil.

Em relação ao total de demandas por consulta, o município de Juazeiro está entre os três primeiros (16,2%). Vale ressaltar que os dados disponibilizados por Pernambuco são referentes a municípios do estado que compõem a Rede, e Juazeiro é um município da Bahia. Porém, nos dados informados pela Secretaria Estadual de Saúde de PE, o referido município aparece como demandante, mas não consta na base de dados como cidade executante de consultas, visto que neste quesito o banco de dados contém informações das consultas executadas, exclusivamente, por municípios presentes no estado de Pernambuco. Contudo, por tratar-se de um município que influenciou a instituição da Rede, fica evidente sua importância na atenção prestada à população daquele território, ou seja, na Rede. Os dados disponíveis permitiram-nos identificar que o município de Salgueiro também está entre os maiores demandantes de consulta, com uma representação de (10,3%). Das consultas demandadas, tanto por Petrolina quanto por Salgueiro, 97% são executadas na própria cidade, ou seja, elas próprias conseguem atender quase a totalidade de suas demandas.

No que se refere às execuções das consultas, em relação ao total de cidades que compõem a rede, quatro cidades aparecem: Petrolina com uma representação de (61%), Salgueiro (22%), Ouricuri (15%) e Recife (2%). Ouricuri não aparece entre os três primeiros

municípios com as maiores porcentagens de consultas demandadas, contudo, é um município que tem algum destaque na participação dentro da Rede, além de algumas características dignas de análise. Apesar de responder por 15% das execuções, Ouricuri demandou apenas 3,2% do total de consultas solicitadas, isso significa dizer que o referido município resolveu valores próximos a 95% de suas demandas próprias.

Em estudo realizado por usuárias relataram acessar a Atenção Primária à Saúde com certa facilidade, mas referiram considerável dificuldade para acessar as consultas médicas especializadas. As dificuldades foram as mais variadas, inclusive, a necessidade de se submeter ao enfrentamento de filas, sem garantia de atendimento, o que era ainda mais difícil para usuárias da zona rural.) em estudo realizado na região de fronteira (Estado do Paraná), identificaram alguns fatores que podem interferir na utilização dos serviços públicos, entre eles, os longos trajetos percorridos pelos usuários, assim como, o longo tempo de espera.

No nosso estudo, ratifica-se a identificação de que tempo de espera tem influência na realização das consultas e na execução dos serviços disponibilizados na rede interestadual de saúde. Consultas que apresentam maior quantitativo de execuções, têm suas solicitações realizadas em um menor tempo de espera, em contrapartida, as que apresentam maior tempo de espera, são realizadas em menor quantitativo. Um dos desfechos em casos de grande quantitativo de solicitações na fila de espera, é o absenteísmo, a necessidade de os usuários aguardarem um tempo longo para a realização da consulta, que pode fazer com que os mesmos procurem outros meios de atendimento das suas necessidades, inclusive, atendimento por desembolso.

O tempo de espera por consultas pode ser considerado uma possível medida de responsividade no sistema de saúde. Os longos períodos de espera têm o potencial de gerar sentimentos e percepções negativas sobre a garantia da assistência nos usuários, além de ser uma causa potencialmente consistente e significativa do absenteísmo do usuário.

Fragilidades existentes no cuidado ao usuário vão desde os processos na atenção básica até a centralização do poder regulatório. O Sistema de Saúde do nosso país funciona com redes de saúde fragmentadas, frágil articulação entre os diferentes níveis de atenção e outras barreiras que interferem na prestação dos serviços.

Em um estudo realizado sobre o tempo de espera e o absenteísmo, foi identificado que alguns usuários esperaram até oito dias pela realização de uma consulta, contudo, uma representação aproximada a 50% da população estudada poderia ter que aguardar até 1.077 dias. Ressalta-se que a variabilidade representada por meio do desvio padrão foi considerável, algumas médias variaram de 0 a 1 dia, ou seja, alguns usuários realizaram a consulta no mesmo dia da solicitação, enquanto outros tiveram que esperar 1.077 dias. Esse tempo de espera tinha uma forte relação com o local de residência dos usuários.

A demora na marcação de consultas, assim como, obstáculos para acesso aos serviços, culminam nas várias idas dos usuários à procura de assistência à saúde, ainda que sem garantia da assistência integral, especialmente, usuários de municípios mais distantes de onde as consultas são oferecidas.

Constata-se que parte da demanda por consulta especializada extrapola a rede assistencial, indicando fragilidades relevantes que interferem no alcance dos princípios do SUS, garantia de acesso, integralidade da assistência, assim como, para a efetividade e resolutividade da Rede PEBA. Para Azevedo (2016), a efetivação de princípios do SUS, a exemplo o acesso universal e igualitário, é apresentada gradativamente de maneira regressiva, esse fato tem relação com as dificuldades geradas pelas grandes diferenças regionais existentes, assim como, os múltiplos contextos que podem ser identificados nos municípios do Brasil.

Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de deslocamento até serviços de saúde que se localizam em municípios divergentes aos que os usuários estão adstritos. Discussões e estratégias no sentido de responder, suficientemente, às demandas de serviços de

saúde em diferentes complexidades por parte dos municípios são temas que se fazem cada vez mais necessários de serem discutidos.

Dentre as estratégias e instrumentos desenvolvidos à nível nacional com o objetivo de sanar as deficiências geradas por essas diferenças regionais, pode-se destacar o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). O TFD foi instituído por meio da portaria SAS/MS de nº 55, em fevereiro de 1999, ele é colocado como um instrumento que busca promover aos pacientes que necessitam de atendimento em cidades diferentes das que estão adstritas o seu tratamento com garantia de atendimento aos princípios do Sistema Único de Saúde.

O benefício do TFD consiste na disponibilização de passagens e ajuda de custos para que o usuário se desloque, juntamente com seu acompanhante, caso atenda aos critérios que faça jus o mesmo ser acompanhado, para serviços que se encontram conveniados ou cadastrados no SUS, em cidade divergente de sua origem, seja para atendimento de média ou alta complexidade (Maciel, 2016).

A relevância de estratégias que respondam às dificuldades na assistência à saúde em todos os níveis é cada vez mais evidente, considerando que se atesta a incapacidade de muitos usuários do sistema de saúde de dispor de condições financeiras para locomover-se até serviços mais longínquos dos seus domicílios, levando em conta a escassez de possibilidades de tratamento adequado em todos os níveis de atenção no município de origem. Tratamentos estes dos quais estes usuários dependem para o bom progresso da condição de saúde (Marques, et al, 2020; Azevedo, 2016).

A oferta da atenção à saúde, quando não ocorre em locais próximos ao domicílio do usuário, tem o potencial de gerar danos não apenas no contexto biológico, mas, também, afetam outras áreas da vida dos usuários (Marques, 2020).

Para além das questões individuais, os determinantes e condicionantes da saúde têm influências consideráveis, sendo necessária a consideração dos mesmos para a compreensão da oferta e utilização de alguns serviços e ações. Diante do exposto, condições socioeconômicas mais desfavoráveis, influenciam na maior quantidade de usuários que necessitarão de assistência por serviços públicos. Isso, pelo fato de que os indivíduos estão expostos a conjunturas de precariedade e vivência com maior exposição aos fatores de risco para o adoecimento.

Nesse sentido, vale a reflexão de como os determinantes e condicionantes sociais de saúde podem interferir na oferta da atenção à saúde. Com a intenção de alcançar a população sem distinção de qualquer natureza, os entes federados (União, estados e municípios) lançam mão de políticas públicas - um conjunto de ações, programas e decisões que buscam a garantia da assistência.

No contexto do estudo em pauta, constata-se a necessidade de qualificação da rede e da capacidade de respostas às demandas reais da população, uma vez que se espera que a rede tenha uma resolutividade suficiente para que os usuários não precisem se deslocar até outras regiões mais distantes de seu território em busca de atendimento.

Os resultados encontrados no nosso estudo corroboram com o que autores citados também identificaram em seus estudos, ou seja, o tempo de espera interfere na utilização de serviços em saúde, em especial no cenário das consultas especializadas.

CONCLUSÃO

O cenário da oferta de atendimento ambulatorial especializado na Rede PEBA (contexto Pernambuco) apresenta desafios; entre eles, a necessidade de rediscussão do papel dos diversos pontos de atenção, na medida em que se observa que há uma extrapolação de encaminhamentos de consultas para municípios fora da Rede PEBA, o que leva a necessidade de investigação sobre a análise de questões que comprometem a capacidade de resolução das demandas da

população, com autogestão dos serviços no território da Rede Interestadual e com pactuações adequadas às reais necessidades.

A análise dos dados restrita aos municípios da Rede PEBA do estado de Pernambuco é uma limitação do estudo. Porém, mesmo com abordagem parcial do total de municípios que compõem a Rede PEBA, os resultados apresentados são passíveis de serem encontrados em municípios que compõem a Rede no território da Bahia, visto que as evidências encontradas estão relacionadas à gestão e dinâmica de organização da Rede PEBA. Assim, o conteúdo do artigo, mesmo considerando a referida limitação, é uma contribuição ao conhecimento científico em um cenário de escassez de publicações que abordem a temática, a partir da realidade de uma região interestadual de saúde.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco - FACEPE, pelo apoio financeiro ao projeto de pesquisa por meio da Chamada Pública FACEPE 10/2017, sob o número APQ-0561 4.06/17.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M. V. D., Viana, A. L. d'Ávila, Lima, L. D. D., Ferreira, M. P., Fusaro, E.R., & Iozzi, F. L. (2017). Desigualdades regionais na saúde: Mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1055–1064. doi:
- Azevêdo, S. R. O programa de tratamento fora de domicílio no sistema único de saúde no Piauí. *Holos*, *S.l.+*, v. 2, p. 402-413, abr. 2016. ISSN 1807-1600. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3360>. Acesso em: 08 de dezembro de 2023. doi:10.15628/holos.2016.3360
- Borsato, F. G., & Carvalho, B. G. (2021). Hospitais gerais: Inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1275–1288. doi:
- Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F. D., Martins, C. L., Mota, P. H. D. S., Mendonça, M. H. M. D., Medina, M. G., Viana, A. L. d'Ávila, Fausto, M. C. R., & Paula, D. B. D. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: Perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1141–1154. doi:
- Cavalcanti, R. P., Cruz, D. F. D., & Padilha, W. W. N. (2018). Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 22(2), 181–188. doi:
- Dantas, R. A. N., Dantas, D. V., Nascimento, J. C. P., Sarmiento, S. D. G., & Oliveira, S. P. D. (2018). Avaliação da satisfação dos usuários atendidos por serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Saúde em Debate*, 42(116), 191–202. doi:
- Domingos, C. M., Ferraz, E. D. M., & Carvalho, B. G. (2019). Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. *Saúde em Debate*, 43(122), 700–711. doi:
- Farias, C. M. L., Giovanella, L., Oliveira, A. E., & Santos Neto, E. T. D. (2019). Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: Um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, 43(spe5), 190–204. doi:
- Fausto, M. C. R., Campos, E. M. S., Almeida, P. F., Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Carneiro, A., Jerônimo, A. S., Aleluia, Í. R. S., Borges, G. A., & Mota, P. H. D. S. (2017). Therapeutic itineraries for patients with cerebrovascular accident: Fragmentation of care in a regionalized health network. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(suppl 1), S63–S72. doi:
- Feitosa, L. C. (2018). Política de saúde e política nacional de desenvolvimento regional: o conflito político-institucional da região no Brasil. UNESP, Campus de Presidente Prudente, 292.
- Galvão, J. R., Almeida, P. F. D., Santos, A. M. D., & Bousquat, A. (2019). Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: Trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(12), e00004119. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
- IBGE. (2021). Estimativa populacional. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/diçãõ_ão_as/sociais/diçãõ_ão/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=31451. Acesso em: 01 nov. 2023.
- Lima, L. D. D., Albuquerque, M. V. D., Scatena, J. H. G., Melo, E. C. P. D., Oliveira, E.X. G. D., Carvalho, M. S., Pereira, A. M. M., Oliveira, R. A. D. D., Martinelli, N. L., & Oliveira, C. F. D. (2019). Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: Diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(suppl 2), e00094618. doi:

- Maciel, D. TFD – Tratamento fora do domicílio no município de Santana do Livramento estado do Rio Grande Do Sul. 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pampa, administração, 2016. Disponível em: <https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/1783/1/Danielle%20Lopez%20Maciel.pdf>.
- Marques, J. D. C., Guedes, D., Picanço, F., & Trindade, G. (2020). Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma abordagem sobre os desafios e perspectivas dos beneficiários do município de Macapá. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, 3(2), 162-170. doi:
- Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R., & Giovanella, L. (orgs.). (2018). *Atenção primária à saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa*. Editora Fiocruz.
- Mota, A., Marques, M. C. D. C., & Brasileiro, D. F. (2021). Reforma Sanitária e o estado de São Paulo 1970-1980: Particularidades regionais e formação de seus trabalhadores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e210118. doi:
- Nascimento, É. S., Melo Carvalho, F., Carvalho De Benedicto, G., & Willer Do Prado, J. (2023). Determinantes da Eficiência Relativa da Gestão Pública da Saúde. *Administração Pública e Gestão Social*. doi:
- Nascimento, M. I. F., Dantas, M. C. S., Foncêca, G. N., Sousa Júnior, A. C. D., Agra, G., & Nunes, E. M. (2022). Assistência de Enfermagem no campo da saúde do homem: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(9), e38811932029. doi:
- Nery, J.S., Ramond, A., Pescarini, J.M., Alves, A., Strina, A., Ichihara, M.Y., Penna, M. L. F., Smeeth, L., Rodrigues, L. C., Barreto, M. L., Brickley, E. B., Penna, G. O. (2019). Determinantes socioeconômicos da detecção de novos casos de hanseníase na Coorte dos 100 Milhões de Brasileiros: um estudo de relacionamento de base populacional. *The Lancet Global Health*, 7 (9), e1226-e1236. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30260-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30260-8)
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778– 1797. doi:
- Pereira, A. P. C. D. M. (2017). *Redes interestaduais de saúde: O caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia [Doutorado Direto em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo]*. doi:
- Santos, L. (2017). Região de saúde e suas redes de atenção: Modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1281–1289. doi:
- Sousa, L. M. O., Araújo, E. M. D., & Miranda, J. G. V. (2017). Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12).
- Souza, C. D. F. D., Medronho, R. D. A., Santos, F. G. B., Magalhães, M. D. A. F. M., & Luna, C. F. (2020). Modelagem espacial da hanseníase no estado da Bahia, Brasil, (2001-2015) e determinantes sociais da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8), 2915–2926. doi:
- Souza, E. A. D., Ferreira, A. F., Pinto, M. S. A. P., Heukelbach, J., Oliveira, H. X., Barbosa, J. C., & Ramos Jr., A. N. (2019). Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: Uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(9), e00209518. doi:
- Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Da Silva, M. R. F., Unger, J.-P., Aller, M. B., & Vázquez, M. L. (2017). Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy and Planning*, czw168.
- Viana, A. L. d'Ávila, Bousquat, A., Melo, G. A., Negri Filho, A. D., & Medina, M. G. (2018). Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1791–1798. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

6 CONCLUSÃO

O estudo apresentou algumas características e análises da oferta de consultas na Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio do São Francisco (Rede PEBA). A implantação dessa rede interestadual pode ser compreendida como estratégia importante para o alcance e garantia de princípios do SUS, como a integralidade da atenção, universalidade do atendimento e a regionalização.

Essa caracterização e análise da oferta de consultas contribui para a compreensão da implantação da rede e de alguns esforços conjuntos para o direcionamento dos atendimentos de forma mais adequada. Foram utilizadas variáveis distintas para analisar como a oferta das consultas tem importante impacto na assistência e perfil de saúde nas regiões estudadas. As análises também abarcaram reflexões sobre esta oferta dentro e fora da rede e fatores relacionados a isso.

A oferta de consultas com referenciamento entre os municípios da Rede promove o encaminhamento mais adequado à garantia da assistência à população adstrita. Os atendimentos ocorrendo dentro dos limites geográficos pactuados evitam deslocamento para cidades mais longínquas e peregrinação dos usuários que necessitam de atendimento.

Foi possível identificar que, embora com a existência de esforços para o atendimento mais adequado, algumas solicitações de consultas extrapolam os limites da Rede PEBA. Pode-se observar uma assistência com maiores limitações na execução, assim como, dificuldades para os usuários, especialmente, relacionadas ao tempo de espera. Considerável representação de consultas que foram referenciadas para além da Rede apresentaram maior tempo de espera para execução.

Considerando os resultados obtidos, evidencia-se que os objetivos elencados na pesquisa foram alcançados. A análise dos comportamentos apresentados por meio das variáveis permite-nos observar a importância da população adstrita ser encaminhada a municípios pertencentes à Rede para o mais eficiente funcionamento e continuidade do cuidado à essa população.

Desenvolvimento de estratégias que subsidiem a qualificação da atenção por meio do mais adequado encaminhamento às consultas, o fortalecimento da rede por meio de uma comunicação mais “estreita” entre os entes federados e serviços

compreendidos na Rede são fundamentais à garantia da assistência e ao atendimento das necessidades da população em diferentes complexidades respeitando princípios do sistema.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA, Í.R.S., MEDINA, M.G., VILASBÔAS, A.L.Q., VIANA, A.L.D.Á. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1883-1894. 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.10392021>
- ALMEIDA, P.F.; SILVA, K.S.; BOUSQUAT, A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 4025-4038, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07432022>
- ARAUJO, G.B.F.; MIRANDA, L.O.; NOLÊTO, I.R.S.G.; AGUIAR, W.J.L.; MOREIRA, A.M.; FREITAS, D.R.J. Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. *SANARE- Revista de Políticas Públicas*, v. 16, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1173>.
- BARBOSA, D.V.S., BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24, 49-54, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos Pela Saúde**. v.3, 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS. **Série Pactos pela Saúde**, v.3. Brasília, DF: 2006a, 40p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006C.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF:10 mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: 2011a.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.469 de 4 de maio de 2011**. Regulamenta a lei complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE e institui o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7469.htm. Brasília, DF: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da saúde, Investimentos e desenvolvimento. Unidade de Gestão do Projeto – UGP. Subprojeto Regional QualiSUS-Rede. **Tecnologia da Informação**: uma proposta de integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Brasília, 2012. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/SubprojetoQualisus-BAePE-web.pdf>. Acesso em: 06 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução no 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, 2018. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde**: documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco e Bahia-Peba. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BAHIA. **Resolução CIB no 275/2012**. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Salvador: SESAB, 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde – PES – 2020-2023**. Salvador: SES, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>. Acesso em: 4 mar 2023.

CARDOSO, A.C.D.A. O controle social no processo de regionalização da saúde: um olhar sobre os municípios sedes de macrorregião em Pernambuco. **Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco**. 2017.

CARNEIRO, J.D.B.; BOUSQUAT, A.; FRAZÃO, P. A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo de Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil. **Administração Pública e Gestão Social**, [S. l.], v. 14, n. 2, 2022. DOI: 10.21118/apgs.v14i2.12731. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/12731>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CARVALHO, G.P. “Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos?”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>.

DIAS, V.A. **Referência e contrarreferência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência.** Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 38p. Disponível em: <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCCValdecir-Avila-Dias-.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2023

DOMINGOS, C.M.; FERRAZ, E.D.M.; CARVALHO, B.G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. (2019). **Saúde em Debate**, 43, 700-711.

IBGE. **Estimativa populacional.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=31451>. Acesso em: 01 nov. 2023.

FALEIROS, V.P. As reformas da seguridade social: o contexto mundial e o caso canadense. **SER Social**, Brasília, n. 4, mar. 2010. Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/213/2265. Acesso em: 22 abr. 2023.

GREAT BRITAIN. Ministry of Health. Consultative Council on Medical and Allied Services. **Interim Report. (Chairman Lord Dawson).** London: HMSO; 1920.

GONÇALVES, A. C. F. M. F. **Avaliação da governança regional em uma rede interestadual de saúde: um estudo de caso.** 2018. 105 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2018.

LIMA, L.D.; QUEIROZ, L.F.N.; MACHADO, C.V.; VIANA, A.L.D. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. Em: **Ciência e Saúde Coletiva** 17 (2012), pgs. 1903–1914. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.

MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. (Eds.). **SciELO-Editora FIOCRUZ**, 2018.

MEDEIROS, A.M. **Políticas públicas de saúde.** Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/ciencia-politica/politicas-publicas/saude/>. Acesso em: 09 abr. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E. **A saúde pública como política.** São Paulo: Hucitec, 1992.

SANTOS, L.L.; ANDRADE, O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Debate • Ciênc. saúde coletiva** 16 (3) • Mar 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/?lang=pt#>.

SANTOS, F.P.D.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro:

uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 10, 25-41, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BxMnXJMCn8J5TBWnxPg4Rbm/?lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2023.

SENA, T.S.; COSTA, M.L. Reflexões sobre a inserção da temática gestão da clínica na formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.40, 2016.

SOUSA, L.M.O.; ARAÚJO, E.M.; MIRANDA, J.G.V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

PAULA, I.A.A. Qualidade: conceitos, práxis e reflexões na gestão pública. **Selo Teses & Dissertações**. São Paulo: EDIFSP, 2021. 138 p.

PAIM, J.S. As AIS: por que não dois passos atrás? **Cadernos de Saúde Pública**, 2: 167-183, 1986. In: PAIM, J.S. A gestão do SUDS na Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, 5: 365-375, 1989.

PAIM, J.S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 15-28, 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s502>. Acesso em: 18 de abril de 2023

PEREIRA, A.L.P.; CARVALHO, A.L.B.C.; FURTADO, L.A.C. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. 2006, p. 42–42.

PEREIRA, A.P.C.M. Redes Interestaduais de Saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. Tese (Doutorado em medicina preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2011 Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass_versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Central de regulação de leitos: manual operacional**, 2014. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_operacional_grh.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

PISCO, L.; PINTO, L.F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1197-1204, 2020.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 255-276, 2017.

REGO, I.L.; KAMIMURA, Q.P.; SILVA, J.L.G. Regionalização da saúde: implicações à construção de redes de saúde interfederativas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. G&DR, v. 14, n. 2, p. 455-481, jan/2018 (ed. especial). Taubaté, SP, Brasil.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. 2016; 40(N. esp.):14-24. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S02>

RIBEIRO, J. M., MOREIRA, M.R., OUVENEY, A.M., & SILVA, C.M.F.P.D. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1031-1044. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>

RODRIGUES, R.M.; AMORIM, E.M.; GALINDO, C.C.; BRANDT, N.O.; CABRAL, B.E.; RUFINO, J.D.; ROSA, N.S.F.; SOUZA, M.C.; ESTEVES, C.O. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. (org.). **Políticas e cuidados em saúde**. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; ARAUJO, E.C.; FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, H.G.C. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-84, jan./mar. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/08.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ANEXO A - CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista. Se o trabalho foi publicado total ou parcialmente em anais de congressos, encontros, simpósios ou outros eventos, especificar os anais e ano de publicação em "Comentários ao Editor".

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores.

O texto do trabalho passou por uma revisão detalhada, garantindo a qualidade da redação. Somado a isto, há exposição clara, adequada e suficiente dos métodos qualitativos e/ou quantitativos utilizados.

Os arquivos para submissão possuem extensão .doc e não ultrapassam 2MB.

A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares, conforme instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Diretrizes para Autores

A submissão de artigos na APGS é gratuita.

O periódico Administração Pública e Gestão Social (APGS) recebe trabalhos que abordam os seguintes temas:

- Gestão Pública
- Políticas Públicas
- Contabilidade aplicada ao setor público
- Finanças Públicas
- Planejamento Governamental
- Desenvolvimento Regional
- Estado, Governo e Sociedade
- Terceiro Setor
- Cooperativismo e Associativismo
- Economia do Setor Público
- Demografia e Meio Ambiente
- Saúde Pública e Qualidade de Vida
- Segurança Pública
- Turismo na Esfera Pública
- Inovação e Desenvolvimento Local
- Organizações Públicas e Educação
- Territórios e Governança
- Coprodução de Serviços Públicos e Bem Comum

Processo de Submissão de Artigos

O Comitê de Política Editorial e o Corpo Editorial Científico seguem as orientações de publicação científica, adotando o sistema *Blind Review* (avaliação cega por pares) na análise dos trabalhos em forma de artigos científicos e casos para ensino enviados para publicação. O texto do artigo deve conter de 7.000 a 9.000 palavras, incluindo título, resumo, palavras-

chaves, as referências bibliográficas e, se cabível, agradecimentos. São aceitos artigos em português, inglês e espanhol. Sempre deverá haver uma versão do título, resumo e palavras-chave em inglês e em espanhol.

NORMAS DE FORMATAÇÃO:

Papel: A-4 (29,7 x 21 cm)

Margens: superior: 3cm; inferior: 2cm; direita: 2cm; esquerda: 3cm.

Editor de texto: Word for Windows 6.0 ou posterior.

Fonte: Times New Roman, tamanho 12.

Espaçamento entre linhas: simples (incluindo títulos, resumo, abstract, resumen, texto, citações e referências)

Parágrafos: alinhamento justificado

Observações: Para os artigos (e, ou caso) a serem submetidos no sistema da revista, as informações dos autores nas propriedades do documento devem ser excluídas. Para tanto, no Word vá em arquivo > informações > Verificando se há problemas > Inspeccionar documento > Clicar em inspeccionar > "Em Propriedades do documento e informações pessoais" clicar em Remover tudo. Se o artigo (e, ou caso) tiver identificação e não atender às outras normas de formatação, será devolvido. São admitidos até 4 autores por artigo e todos deverão estar cadastrados neste site. Excepcionalmente, poderão ser aceitos mais de quatro autores para trabalhos convidados pela Equipe Editorial. Dois é número máximo de artigos que podem ser submetidos por autor por ano, independentemente da posição de autoria. O(s) autor(es) com trabalho(s) aprovado(s) poderá(ão) ter somente um artigo e um caso para o ensino publicados no ano.

Estrutura Recomendada do Artigo

Verifique as especificações:

- 1 - Arquivo com o artigo e/ou caso para ensino completo sem identificação de autoria e numeração de tópicos/capítulos. Deve conter: Título e Resumo com Palavras-chave (português, inglês e espanhol), Introdução, Fundamentos Teóricos, Procedimentos Metodológicos (exceto ensaios teóricos), Discussão, Análise de Dados, Resultados, Conclusões ou Considerações Finais e Referências.**
- 2 - Título: Deve indicar o principal resultado encontrado no trabalho, informando ao leitor a principal contribuição do seu trabalho. O Título deve apresentado centralizado, fonte Times New Roman, tamanho 12 e somente a primeira letra de cada palavra em caixa alta (exceto preposições e/ou artigos definidos, indefinidos).**
- 3 - Resumo (NOVA ESTRUTURA EM TÓPICOS PARA ARTIGOS, A PARTIR DE AGOSTO/2020): Resumos devem ser apresentados em português, espanhol e inglês e conter até 300 palavras cada. Além do resumo, devem ser apresentadas entre três e cinco palavras-chave, também observando os três idiomas.**

Sobre as palavras-chave, não recomendamos a utilização de termos que contemplem áreas de conhecimento (generalistas), como Administração, Administração Pública, Contabilidade; local da investigação, a exemplo, Minas Gerais, São Paulo, e termos já mencionados no título do artigo. Recomendamos que utilizem palavras-chave que remetam a termos específicos da pesquisa realizada, que atendam ao escopo do periódico e que facilitem a pesquisa em indexadores ou diretórios.

Para a estrutura do resumo, apresentado em tópicos (para cada item novo - Objetivo da pesquisa, enquadramento teórico, metodologia, resultados... - considere o início de uma nova linha.

Exemplo: Objetivo de pesquisa: Texto. (ENTER). Sem espaço entre as linhas. No início da outra linha, novo item - Enquadramento Teórico: Texto. (ENTER). Sem espaço entre as linhas. No início da outra linha, novo item - "item"...), as exigências são:

- **Objetivo da pesquisa:** Apresentação do objetivo geral da pesquisa.
- **Enquadramento teórico:** Apresentação da lente/base teórica utilizada para suportar a pesquisa.
- **Metodologia:** Apresentação dos procedimentos metodológicos utilizados no estudo, independente da abordagem utilizada. Os autores devem responder “como” conduziram o estudo.
- **Resultados:** Apresentação dos principais resultados. Os autores devem explicar “o que” foi encontrado na pesquisa em resposta ao problema/hipóteses/proposições endereçadas no estudo.
- **Originalidade:** Apresentação de como a pesquisa se sustenta pela sua originalidade. O que na temática não é explicado ou pode ser explicado (lacunas) de maneira diferente? Qual(is) diferenças existem em relação aos estudos anteriores? Como tais lacunas teóricas ou da literatura foram supridas para gerar impacto na área?
- **Contribuições teóricas e práticas:** Apresentação das principais implicações que o estudo oferece para o avanço da teoria em Administração Pública, Contabilidade Pública e/ou Gestão Social e Terceiro Setor. Além das implicações para a prática nesses âmbitos.

Para os Casos de Ensino, os resumos, nos três idiomas, devem ser elaborados em até 150 palavras com conteúdo que contemplem informações sobre o contexto, o dilema e o fechamento do Caso. As palavras-chave, de três a cinco, também devem ser apresentadas.

- 4 - Citações e Referências:** devem conter todas as fontes de informações citadas no texto, obedecendo as normas de Citação e Referências da (American Psychological Association). Recomenda-se a leitura atenciosa e o atendimento pleno das orientações detalhadas sobre citações e referências padrão APA, a partir do Manual de Periódicos da ANPAD:).
- 5 - Os trabalhos publicados na Revista APGS utilizam notas de fim, não use notas de rodapé. Notas devem ser usadas o menos possível.**
- 6 - Ilustrações (Figuras, Tabelas, Quadro, etc) devem estar em formato editável com 8 centímetro de largura no máximo. No topo da ilustração deve estar a sua designação e o seu número indicativo (ex.: Tabela 2). Somente se for elaborada a partir de outra obra, se cita a fonte. Convém ao autor saber a diferença entre quadro e tabela.**

O não cumprimento deste critério implicará na devolução do trabalho na condição de submissão inadequada.

Tempo Médio de Avaliação dos Trabalhos: 4 meses

Tempo Médio de Publicação (após a aprovação): 6 meses, caso o autor não tenha publicado no ano corrente e não haja concentração geográfica ou por instituição (20% das publicações no ano, exceto para edições especiais).

Artigos

Política padrão de seção

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam na Revista de Administração Pública e Gestão Social (APGS) concordam com os seguintes termos:

- Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a licença *Creative Commons* licença , que permite que distribuam, remixem, adaptem e desenvolvam os artigos, mesmo comercialmente, contanto que se atribua o crédito pela criação original.
- Autores reservam o direito da editoria desta revista de efetuar, nos trabalhos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a atender sua política editorial e a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores.
- Autores assumem exclusiva responsabilidade pelas suas opiniões emitidas nos trabalhos publicados nesta revista.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.