

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

ADENILSON DA SILVA GOMES

**PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL: UMA ANÁLISE DA
SUFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE**

Caruaru – PE

2016

ADENILSON DA SILVA GOMES

**PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL: UMA ANÁLISE DA
SUFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da UPE/ESPPE para apreciação e obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Caruaru – PE

2016

GOMES, Adenilson da Silva. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL: uma análise a partir da suficiência dos serviços especializados de saúde. 2016. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde) – Universidade de Pernambuco, Garanhuns – PE, 2016.

RESUMO

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema. Assim, as portarias MPAS Nº 3.046/82 e GM/MS Nº 1.101/02 garantiram por décadas as coberturas assistenciais de saúde no SUS através de parâmetros. A lógica restritiva e racionalizadora da oferta e utilização dessas portarias foi refutada pela recente criação da Portaria GM/MS nº 1.631/2015 a qual traz nova configuração de um novo padrão de suficiência de oferta de serviços de saúde municipais. O objetivo geral deste estudo foi estudar a suficiência da oferta de consultas especializadas da rede municipal de saúde de um município em Pernambuco. Tratou-se de um estudo do tipo transversal com uma abordagem quantitativa, onde buscou-se a identificação da oferta da rede própria pelo Infocrás (Sistema de Regulação Municipal de Caruaru) e da rede conveniada pelo Sistema de Informações Ambulatorial Municipal (SIA-SUS Municipal) das especialidades médicas de Cardiologia, Nefrologia e Oftalmologia. A partir disso, foram comparadas com os parâmetros nacionais preconizados (Portaria nº 1.631/15). Foi averiguada paralelamente a capacidade de atendimento dos profissionais da rede própria e conveniada mediante fórmula apresentada em estudos da literatura. Apontou-se que houve déficits de consultas na oferta de nefrologia (68%) e oftalmologia da rede própria (74%) e superávits de consultas na oferta de cardiologia (100,83%) e oftalmologia da rede conveniada (194,17%). A utilização dessas ofertas apresentou-se com flutuações positivas e negativas num aspecto temporal. Perante a capacidade de atendimento das redes própria e conveniada do município, a cardiologia e oftalmologia da rede conveniada mostraram-se como as especialidades mais utilizadas (170% e 241%, respectivamente) e a nefrologia e oftalmologia da rede própria as especialidades menos utilizadas (27% e 31%, respectivamente). Uma vez que há desconcompassos significativos na relação entre o que é ofertado e utilizado mesmo com os parâmetros da recente portaria ajustados, há de se considerar que a oferta do município está aquém da real oferta satisfatória que atenda as necessidades da população e existem inconsistências na aplicabilidade da portaria 1.631/15 para preservar a garantia da suficiência dos serviços especializados de saúde no município de Caruaru.

Palavras-chave: Parâmetros; Cobertura de Serviços de Saúde; Especialidades Médicas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de procedimentos para coleta e tratamento dos dados. Adaptado de Melo (2012).	12
Figura 2. Utilização da oferta de consultas de cardiologia (rede própria), nefrologia (rede própria) e oftalmologia (rede própria/rede conveniada). Caruaru – PE, Janeiro a Junho de 2015.....	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Necessidade e oferta de consultas especializadas nas áreas de Cardiologia, Nefrologia e Oftalmologia segundo Portaria GM/MS nº 1.631/15. Caruaru-PE, Janeiro a Junho de 2015.	14
Tabela 2. Saldo de oferta das especialidades de Cardiologia, Nefrologia e Oftalmologia em relação ao parâmetro de necessidade. Caruaru-PE, Janeiro a Junho de 2015.	14
Tabela 3. Utilização da oferta da rede própria e rede conveniada nas áreas de cardiologia, nefrologia e oftalmologia. Caruaru – PE, Janeiro a Junho de 2015..	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	8
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSSÃO	17
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma ampliação de ações e serviços ofertados, principalmente pelos municípios. Entretanto, este sistema vivencia um desafio a ser alcançado o qual consiste na obtenção de uma rede de cuidados que atenda seus princípios (ALBUQUERQUE et al, 2013)

A provisão dos serviços de saúde em países em desenvolvimento é marcada por amplas disparidades regionais. No Brasil, embora a saúde seja um direito de todas as pessoas, com acesso universal e igualitário garantido pela Constituição de 1988, frequentemente observam-se grandes barreiras no acesso aos serviços especializados (ambulatório e hospital), sobretudo no que se refere à distribuição dos recursos e oportunidades de utilização de tais serviços. Entre outros fatores, essas barreiras são impostas pela indisponibilidade da oferta ou distribuição incorreta de serviços básicos e especializados à grande maioria da população (ALBUQUERQUE et al, 2013; GUIMARÃES, AMARAL, SIMÕES, 2006).

Ao longo da história do Brasil, diversos arranjos de financiamento e provisão foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, plantando as bases para o sistema de saúde extremamente pluralista e fragmentado vigente no País (SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

O setor público brasileiro dispõe de relativa experiência tanto na regulação da oferta de prestadores quanto na definição de parâmetros para a assistência à saúde. A tradição da saúde pública no Brasil incorporou “parâmetros” no planejamento da saúde como sendo as recomendações técnicas, geralmente de caráter normativo, expressas em concentrações per capita desejadas para serviços de saúde (ARANTES, 2004; BRASIL, 2015).

De 1982 em diante, as orientações técnicas sobre como os gestores públicos do setor saúde devem estimar as necessidades assistenciais de saúde são dadas pelas portarias MPAS N° 3.046/82 e GM/MS N° 1.101/02, embora a primeira tenha sido criada no contexto do Sistema Nacional de Saúde, cujas diretrizes políticas produziam sentidos totalmente distintos daqueles que interessam ao SUS (via Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social - INAMPS), a segunda busca incorporar seus princípios norteadores. Essas portarias definem parâmetros de necessidades de consultas, procedimentos e internações, buscando dar subsídios para o planejamento assistencial da média e alta complexidade em um dado território (BRASIL, 1982, 2002).

É conveniente explicar que o padrão de utilização dos serviços de saúde brasileiros caminhou em função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde, bem como das formas de financiamento e dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento apresentando falhas em sua suficiência assistencial. Assim, depreende-se que a utilização de tais serviços poderia fluir se houvesse uma sintonia entre a necessidade de saúde, os usuários, os prestadores de serviços, a organização, e a política (OLIVEIRA, 2010; ROESE & GERHARDT, 2008).

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população (SOLLA & CHIORO, 2012).

As necessidades de saúde devem ser o grande balizador para a reorganização dos modelos de atenção e dos sistemas municipais e regionais de saúde e sua estimativa deve desafiar permanentemente os gestores e toda massa específica de gestão, na construção de progressivos consensos sobre a organização do sistema de saúde e dos serviços que ele deve ofertar. Assim, em um pouco mais de uma década, elaborou-se nova proposta de otimização de oferta de serviços de saúde com vistas à suficiência destes nas bases territoriais locais: a Portaria GM/MS nº 1.631/2015.

Segundo a portaria a busca da presente proposta é não apenas romper com a tradicional fixação das proposições de parâmetros simplesmente pelo ajuste dos valores das séries temporais da oferta dos serviços, mas reorientar a lógica de definição dos parâmetros de atenção a partir da avaliação das necessidades em saúde, com base em métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população. Isso permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (BRASIL, 2015). Segundo o texto da portaria isso permitiria uma garantia de suficiência adequada de serviços capazes de prestar maior resolutividade às demandas de saúde.

A proposta que porventura se apresenta como nova no campo do planejamento em saúde fornece novo marco institucional na configuração de um novo padrão de suficiência de oferta de serviços de saúde municipais implicando rumos adequados para a garantia do acesso com vistas ao cumprimento dos princípios do SUS. Entretanto, é

necessário entender como se dá na prática sua aplicabilidade em virtude dos contextos tão desiguais e complexos em que atua o SUS.

Assim sendo, a presente pesquisa teve como finalidade geral estudar a suficiência da oferta de consultas especializadas da rede municipal de saúde de um município. Além disso, pretendeu-se verificar/identificar quais as portarias ou outros documentos legais (nacional ou loco-regional) orientam a definição de parâmetros de oferta de consultas especializadas atualmente neste município e analisar a suficiência de oferta de consultas em cardiologia, oftalmologia e nefrologia (especialidades médicas para o cuidado a algumas patologias crônicas) a partir desses parâmetros atualizados.

A escolha do nível municipal se dá na perspectiva de que os parâmetros fornecem uma conjuntura mínima e máxima de aplicações no campo prático da gestão municipal tende este um rol de ações diversificadas e estimativas diferenciadas de oferta dessas ações de proximidades cada vez mais crescente com a população.

Entende-se como necessidade de realização da pesquisa, a geração de métodos investigativos da suficiência de consultas especializadas com vistas a compreender a aplicabilidade da portaria nº 1.631/2015 na rede de saúde municipal repercutindo estratégias de melhorias na relação oferta/demanda e otimizando o acesso. Ademais, torna-se necessária pela produção de informações necessárias para o planejamento municipal dos serviços de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão (BRASIL, 2011).

Ao longo da década de 1990, o expressivo crescimento da atenção ambulatorial básica e do PSF foi concomitante à diminuição do financiamento para a oferta de internação hospitalar, sendo verificada também, embora em menor proporção, uma queda no financiamento da média e alta complexidade em relação à atenção básica (SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

O planejamento de investimentos em serviços de saúde visa que as instituições atinjam níveis satisfatórios de desempenho e resultados, tornando-as competitivas em sua excelência e qualidade, atendendo não só as necessidades de gestão, como as dos usuários. Assim, saúde pública no Brasil incorporou “parâmetros” nos planejamentos de

saúde como as recomendações técnicas, geralmente de caráter normativo, expressas em concentrações per capita desejadas para serviços de saúde (ARANTES, 2004; BRASIL, 2015; SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

Parâmetros de referência são instrumentos norteadores de programação que devem obedecer a uma lógica de organização dos serviços a que se propõe prestar, objetivando a qualidade dos serviços e a otimização dos recursos financeiros e de Recursos Humanos – RH. No processo de programação a escolha dos parâmetros que servirão de referência para o planejamento adequado é de vital importância, pois o resultado desse trabalho impacta diretamente nas ações dos serviços, o que compromete, ou traz avanços, à gestão dos recursos financeiros e RH (MENEZES, 2010).

Marco importante na história dos parâmetros assistenciais na saúde, a Portaria MPAS 3.046/1982 estabeleceu os chamados “parâmetros de cobertura” de consultas médicas, exames complementares e internações voltados à população de beneficiários do sistema de previdência social (INAMPS), bem como “parâmetros de produtividade“, ou seja, número de consultas/médico/hora e internações leito/ano, destinados a estimar a capacidade de produção de serviços assistenciais das instituições contratadas. Esses critérios teriam, à época, um caráter restritivo e racionalizador do uso dos recursos e um aspecto francamente normativo, que marcou a prática de programação dos recursos para a assistência à saúde nas décadas seguintes (BRASIL, 2015)

Na maior parte dos estados, os procedimentos de média e alta complexidade foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes (BRASIL, 2011).

A consolidação de uma consulta pública nº 1, de 2000, só ocorreu em junho de 2002 pela Portaria Ministerial nº 1.101, que definiu os Parâmetros Assistenciais do SUS e revogou a Portaria 3.046/82. Tais parâmetros constituíram recomendações técnicas ideais para planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas e incluíam tanto os parâmetros de cobertura, destinados a estimar as necessidades de atendimento a determinada população, quanto os parâmetros de produtividade, destinados a estimar a capacidade de produção de equipamentos, serviços e recursos humanos, materiais ou físicos (ARANTES, 2004).

A variedade no número de prestadores e de produtos de caráter hospitalar ou ambulatorial ofertados resultou em uma cadeia de estabelecimentos de saúde repleta de

imbricações. A geração de novos equipamentos e insumos foi progressivamente alterando o perfil dos serviços hospitalares ou ambulatoriais oferecidos e modificou a prática médica, que, cada vez mais, passou a se apoiar em aspectos tecnológicos. As especialidades médicas, às quais se associaram novos métodos sofisticados de diagnose e terapia, apresentaram as maiores faixas de rendimento médico, o que explicaria uma distribuição heterogênea da oferta de médicos no país (ARANTES, 2004).

Assim, no âmbito do SUS, a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 definiu amplamente os parâmetros. No entanto esta possuiu grandes limitações, uma vez que foi fortemente influenciada por estudos relacionados a séries históricas de produção de décadas atrás, do ainda vigente INAMPS. Atualmente, no cotidiano da gestão da assistência à saúde é possível observar que essa metodologia é insuficiente para estabelecer parâmetros assistenciais (SILVA, 2012).

Disso decorre o entendimento de que as instruções feitas pelas Portarias Nº 3.046/82 e Nº 1.101/02 implicavam em ameaçar o processo de institucionalização da assistência integralizada, universal e equânime definido como direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1988), pois se orientavam pela diretriz da racionalização de gastos do modelo residual de política social, determinada pela política econômica neoliberal que tem sido sistematicamente praticada pelos governos desde 1990 (SILVA, 2007).

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Dessa forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente (SOLLA & CHIORO, 2012). Ademais, ressalta-se que o acesso aos serviços de atenção de média complexidade tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS (ERDMANN et al, 2013).

Com o surgimento da portaria GM/MS nº 1.631/15, de 1 de outubro de 2015, buscou-se definir aproximações às necessidades de saúde da população pensadas independente de restrições financeiras, séries históricas da oferta de serviços ou outros condicionantes. Rompe-se, assim, com a lógica restritiva e de controle que permeou a elaboração dos parâmetros de programação no país, desde a Portaria MPAS Nº 3046, de 20 de julho de 1982, que teve grande influência nos primórdios do SUS, até a Portaria GM nº 1101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2015).

Tal processo pretende caminhar na direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país. Isso permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas principalmente, o desenvolvimento de um padrão de suficiência de oferta de serviços de saúde municipais implicando rumos adequados para a garantia do acesso com vistas ao cumprimento dos princípios do SUS (BRASIL, 2015).

A suficiência dos serviços especializados atrela-se nesse sentido em não apenas dispor serviços de saúde no mercado para a população, como também, em mediar produtos de maior complexidade reforçados pelo padrão de especializações das ofertas de serviços pelos setores público e privado atendendo as necessidades de saúde. Somam-se a este processo as relações institucionais mantenedoras de certos conflitos de gestão (SANTOS & GERSCHMAN, 2004).

Entretanto, a persistência dos padrões de política e de gestão pública condiciona o funcionamento do sistema, a continuidade de muitos programas e a manutenção das práticas sanitárias e assistenciais na maioria dos serviços, revelando múltiplos contextos no cotidiano das organizações e a dificuldade de as iniciativas inovadoras se consolidarem. Assim, é necessária entender a aplicabilidade da Portaria GM/MS nº 1.631 no contexto atual de oferta de procedimentos especializados no âmbito municipal.

3. METODOLOGIA

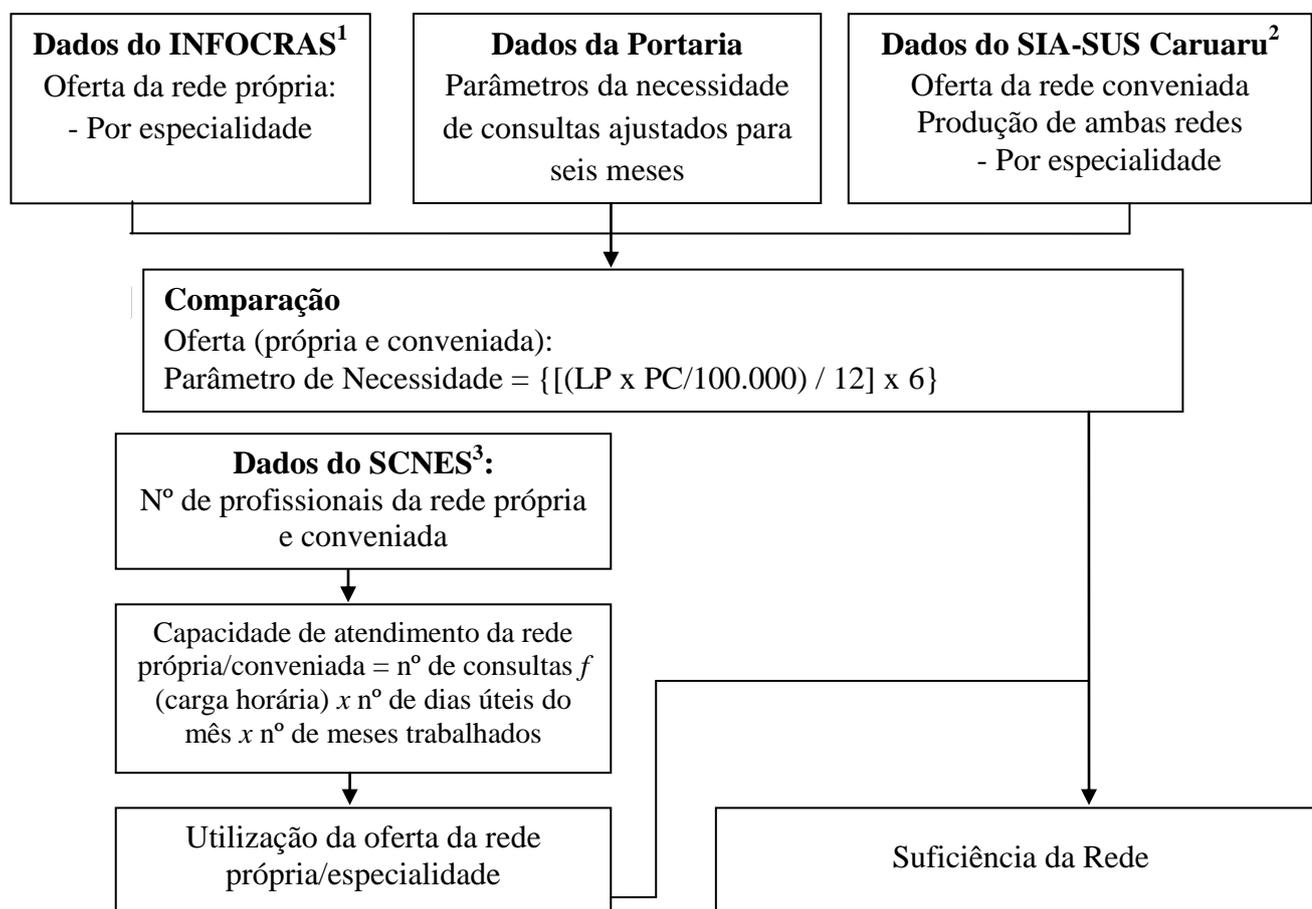
Tratou-se de um estudo do tipo transversal com uma abordagem quantitativa, onde a busca de suas variáveis precipitam achados que é necessária em um dado momento a identificação de fatores envolvidos nos desfechos encontrados. Aragão (2011) complementa informando que uma vez elencados dentro de uma população os desfechos existentes, podemos elencar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em diferentes graus de associação.

Para a coleta de dados, de acordo com o fluxograma da Figura 1 adaptado de Melo (2012), definiu-se como condição traçadora os acessos aos serviços de consultas especializadas nas áreas de cardiologia, nefrologia e oftalmologia, da rede própria e conveniada, sendo assim considerados devido à seu potencial utilizador pela população portadora de algumas patologias crônicas (hipertensão, diabetes, entre outras).

Estes dados foram coletados através dos registros no Sistema de Regulação Municipal de Caruaru (Infocras) e no Sistema de Informação Ambulatorial de Caruaru (SIA/SUS – Caruaru). Salienta-se que a escolha do município se deu pela praticidade de coleta de dados e aproximação espacial do autor desta pesquisa com o município e por este possuir marcante presença de serviços de saúde em diferentes níveis de oferta. Ressalta-se ainda que tais informações foram do primeiro semestre de 2015, em virtude da convocação por concurso de novos profissionais para a rede municipal de saúde.

No Infocrás foram colhidos os dados referentes à grade de oferta das consultas das especialidades supracitadas tanto da rede própria quanto da rede conveniada e no SIA/SUS – Caruaru obtiveram-se as informações referentes à utilização dessa oferta pela população caruaruense bem como a produção de ambas as redes por especialidade.

Figura 1. Fluxograma de procedimentos para coleta e tratamento dos dados. Adaptado de Melo (2012).



INFOCRÁS: Sistema de Regulação Municipal de Caruaru; ²SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde de Caruaru; ³SCNES: Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde;

Realizou-se, em seguida, a identificação de parâmetros de necessidades de consultas das especialidades em questão para o município mediante Portaria GM/MS

1.631/2015 para fins comparativos entre o que é ofertado e preconizado, traçando o seguinte Parâmetro de Necessidade, que varia entre as especialidades, para o município:

- ***Parâmetro de Necessidade = $\{(LP \times PC/100.000) / 12\} \times 6$***

Sendo: LP = limite de consultas da especialidade estabelecido pela portaria; PC = população de Caruaru, e 6 = período de estudo.

Extraiu-se a capacidade de atendimento dos profissionais dos serviços ofertados da rede própria e conveniada do município, conforme estudo realizado por Oliveira (2010), que considerou como base de cálculo:

- Número de consultas por dia igual a 12 para profissionais com carga horária semanal de 20 horas;
- Número de dias úteis trabalhados no mês igual a 22;
- Número de meses trabalhados igual a seis (período de estudo).

Ressalta-se que o quantitativo de profissionais médicos teve como fonte de coleta de dados o Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Lançou-se mão do uso de *Microsoft Excel® 2013* para disposição, organização e cálculos dos dados em forma de planilhas. Assim, os dados foram analisados descritivamente mediante a seguinte estrutura organizativa de estudo:

- Levantamento da oferta propriamente dita e se esta é ou não suficiente de acordo com o parâmetro estipulado pela Portaria GM/MS nº 1.631/15;
- Distribuição dessa oferta ao longo do período em estudo;
- Utilização dessa oferta de acordo com a capacidade de atendimento dos profissionais das especialidades em questão da rede de saúde de Caruaru.

4. RESULTADOS

Na tabela 1, apresenta-se a necessidade de consultas de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.631/15, para as áreas de Cardiologia, Nefrologia e Oftalmologia, assim como a oferta de consultas da rede própria e conveniada para tais especialidades e na tabela 2 encontra-se os quantitativos superavitários e deficitários da oferta dessas especialidades em relação ao parâmetro de necessidade.

Tabela 1. Necessidade e oferta de consultas especializadas nas áreas de Cardiologia, Nefrologia e Oftalmologia segundo Portaria GM/MS nº 1.631/15. Caruaru-PE, Janeiro a Junho de 2015.

Especialidade	Parâmetro de Necessidade ¹	Oferta da Rede Própria		Oferta da Rede Conveniada	
		Qtd	%	Qtd	%
Cardiologia	10.413	10.500	100	-	-
Nefrologia	2.776	900	100	-	-
Oftalmologia	23.949	6.120	12	46.503	88

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.631/15, de 1 de outubro de 2015; Infocrás – Sistema de Regulação Municipal de Caruaru.

¹ Parâmetro de necessidade por um período de 6 meses e referente ao limite superior preconizado pela portaria GM/MS nº 1.631/15.

Tabela 2. Saldo de oferta das especialidades de Cardiologia, Nefrologia e Oftalmologia em relação ao parâmetro de necessidade. Caruaru-PE, Janeiro a Junho de 2015.

	Excedente	Superávit (%)	Carência	Déficit (%)
Cardiologia	87 consultas	100,83	-	-
Nefrologia	-	-	1876 consultas	68%
Oftalmologia	28.674 consultas ¹	194,17	17.829 consultas ²	74%

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.631/15, de 1 de outubro de 2015; Infocrás – Sistema de Regulação Municipal de Caruaru.

¹ Consultas de oftalmologia da rede conveniada.

² Consultas de oftalmologia da rede própria

Conforme pode-se ver na tabela 1, a oferta de cardiologia e nefrologia constituem estritamente oferta da rede própria e a oftalmologia é garantida mediante a participação da rede complementar. Depreende-se que a rede própria garante 100% das ofertas em cardiologia e nefrologia, o que difere da especialidade em oftalmologia que, uma vez possuindo rede conveniada, esta garante 88% das consultas à população, sendo 12% reflexo da atuação da rede própria.

Em relação à oferta de consultas dessas especialidades, observa-se que a especialidade de oftalmologia é a mais ofertada no período em estudo, com cerca de 52.623 consultas, seguida de cardiologia e nefrologia com, respectivamente, 10.500 e 900 consultas ofertadas no período estudado.

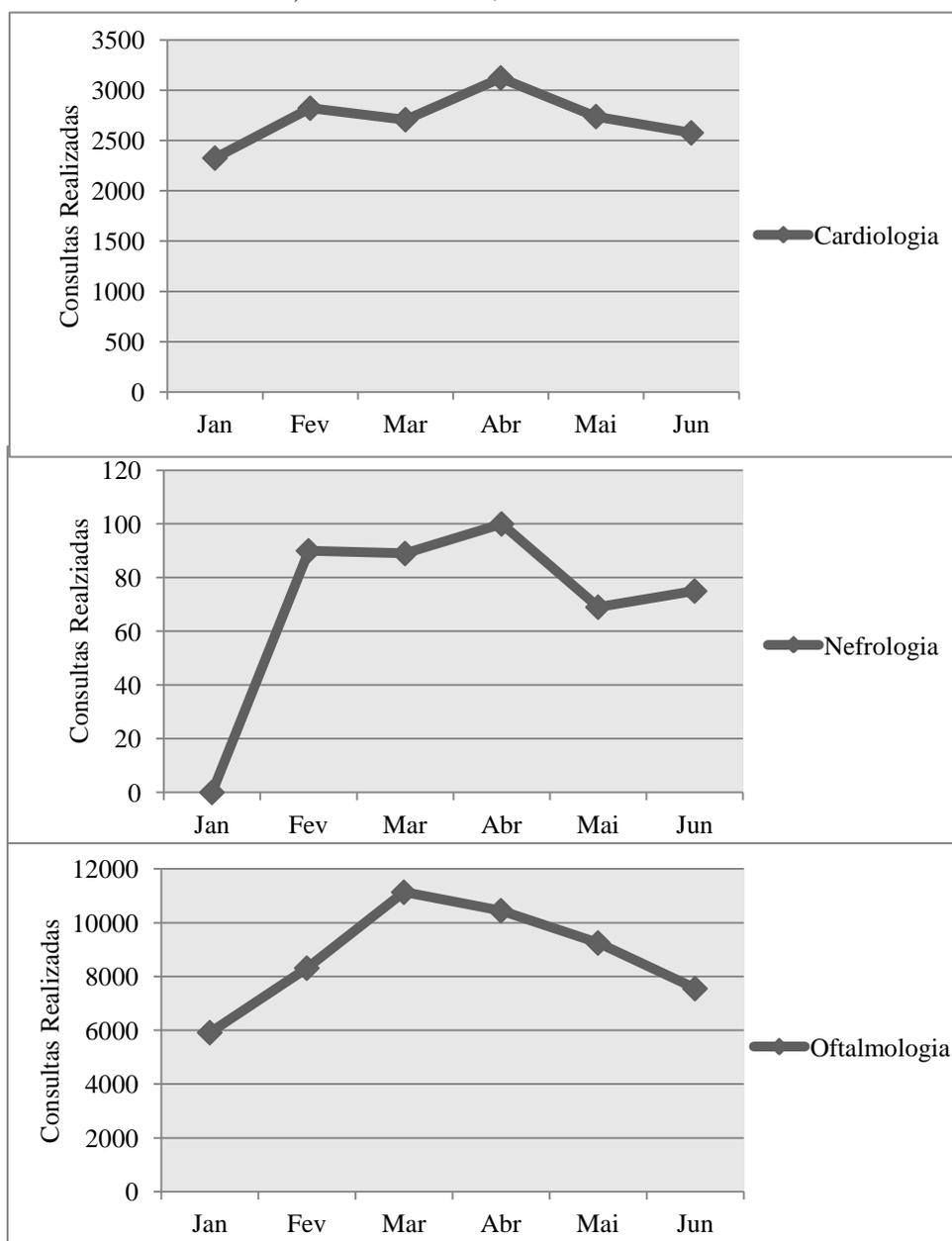
Conforme pode-se ver na tabela 1 acima, há de considerar que a oferta de cardiologia e oftalmologia da rede conveniada é superior aos parâmetros estipulados pela portaria em estudo. Na tabela 2, tais especialidades demonstram um superávit de 100,83% e 194,17% respectivamente.

Ainda de acordo com tabela 2, as consultas de nefrologia possui um déficit de oferta quando comparado com a necessidade. Existe uma carência de 1876 consultas da rede própria, constituindo um déficit de 68%. Ademais a oferta de oftalmologia da rede

própria constitui uma grade permanente fixa mensal, portanto, considera-se que a oferta dessa especialidade é inferior ao parâmetro de necessidade estabelecido pela portaria, apresentando uma carência de 17.829 consultas constituindo um déficit de 74%.

Mediante o que foi ou não suficientemente ofertado à população, nos gráficos da Figura 2, pode-se visualizar o comportamento temporal da utilização dessas ofertas das três especialidades em estudo.

Figura 2. Comportamento temporal das consultas realizadas de cardiologia (rede própria), nefrologia (rede própria) e oftalmologia (rede própria/rede conveniada). Caruaru – PE, Janeiro a Junho de 2015.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS Caruaru.

Tal como indicado no gráfico de cardiologia, nefrologia e oftalmologia, a oferta dessas especialidades mantém-se regular e uniforme com algumas diminuições da

utilização da oferta inferindo a presença de fatores limitantes para a realização do atendimento. Observa-se que a cardiologia é a uma especialidade marcada pelo uso rotineiro de sua oferta, apresentando seu uso máximo no mês de Abril (34% a mais de consultas realizadas em relação ao mês de Janeiro). A nefrologia apresenta-se zerada sua utilização no mês de Janeiro, onde sucede com intenso uso pela população e em seguida queda do uso dessas ofertas (queda de aproximadamente 31% de consultas realizadas). Ademais temos a oftalmologia que é a especialidade que aparece como a mais ofertada em todo o período de estudo, entretanto observa-se uma queda de 39% de consultas realizadas nos três últimos meses de estudo.

Partindo do cálculo de capacidade de atendimento da rede de saúde das três especialidades, obteve-se na tabela 3, a utilização da oferta.

Tabela 3. Percentagem de utilização da oferta da rede própria e rede conveniada nas áreas de cardiologia, nefrologia e oftalmologia mediante capacidade de atendimento dessas especialidades. Caruaru – PE, Janeiro a Junho de 2015.

Especialidade	Nº de Profissionais	Capacidade de Atendimento ¹	Consultas realizadas (Rede Própria)	Consultas realizadas (Rede Conveniada)	% Utilização ²	
					Rede Própria	Rede Conveniada
Cardiologia	9	9.583	16.925	-	170	-
Nefrologia	1	1.584	423	-	27	-
Oftalmologia	9	19.272	6.120	46.503	31	241

Fonte: CNES; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS Caruaru.

¹Capacidade de Atendimento estabelecida para um período de 6 meses através da fórmula utilizada por OLIVEIRA (2010). Resultados expressos em número de consultas.

²Utilização em relação a capacidade de atendimento.

Observa-se nitidamente que o número de consultas realizadas é bem diferente do número de consultas ofertadas no mesmo período exibido na tabela 1.

Assim, de acordo com o número de consultas realizadas para cada especialidade no período em estudo verifica-se que a cardiologia realizou 16.925 consultas, um número muito superior ao que foi ofertado (vide Tabela 1), mesmo tendo sua capacidade de atendimento limitada a 9.583 consultas. Depreende-se que a cardiologia possui uma utilização 170% acima de sua capacidade de atendimento.

A nefrologia ofertou 423 consultas, mas sua capacidade de atendimento é 1.584 consultas obtendo, assim, 27% de utilização do serviço. Seguindo a mesma linha de raciocínio, a oftalmologia da rede própria realizou 6.120 consultas, contudo sua capacidade de atendimento mantém-se em 19.272 consultas, alcançando 31% de utilização deste tipo de serviço.

Ressalta-se a importância da rede conveniada de oftalmologia que, no período estudado, obteve uma utilização de 241% acima de sua capacidade de atendimento. Mas, deve-se levar em consideração que ela que garante a maior cobertura de oferta de consultas à população.

As relações entre o que foi ofertado e realizado não se consistiram em medidas de causas e consequências, mas mostraram análise genérica da suficiência das consultas dessas três especialidades mediante o que é permitido pela Portaria GM/MS nº 1.631/15.

5. DISCUSSÃO

É importante destacar a real necessidade de compreender a lógica da oferta da média complexidade em torno de sua suficiência, pois, em relação ao seu papel e poder organizativo, a média complexidade tem sido historicamente definida por exclusão, caracterizada pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência. A inadequação na programação da oferta dos serviços e a ausência de integralidade na configuração do perfil assistencial na atenção ambulatorial especializada agravam esse cenário (SOLLA & CHIORO, 2012).

A oferta de cardiologia e de nefrologia por ser considerados próprios da gestão municipal traz consigo implicações para o entendimento de sua insuficiência. Uma vez tendo a utilização extrapolada das quantidades de consultas de cardiologia, infere-se que a portaria se faz ineficaz para promover a quantidade ideal e real de consultas especializadas à população gerando, assim, oferta de serviços incompatíveis com as demandas.

A criação da portaria pautou a estruturação dos parâmetros com base na redução das desigualdades, reorientação para as necessidades e na regionalização no intuito de orientar os gestores na busca de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2015). Porém, a oferta do município está aquém da real oferta satisfatória que atenda as necessidades da população. Os dados não apontam ainda a inclusão de pacientes que se perdem na rede de serviços por indefinições de fluxos assistenciais.

Além disso, o superávit apontado na oferta de cardiologia reflete a baixa resolutividade e coordenação do cuidado da atenção primária municipal cuja atuação

percorre com estruturas permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano. O estudo realizado por Spedo, Pinto e Tanaka (2010) corrobora o achado supracitado ao apontar o reflexo da baixa resolutividade por meio dos encaminhamentos desnecessários para atenção especializada como sendo fator gerador de nós críticos na atenção especializada no município de São Paulo. Oliveira (2010), ao avaliar a oferta de consultas de endocrinologia, percebeu que a atenção especializada deste tipo de serviço encontrava-se “estrangulada” pelo excesso de encaminhamentos ou até mesmos desnecessários, ou ainda, na indisponibilidade de consultas pela Central de Marcação de Consultas.

Vale ressaltar que a resolutividade da atenção primária, de acordo com Spedo, Pinto e Tanaka (2010), está associada a outros fatores tais como: estrutura física dos serviços, processo e gestão do trabalho e capacitação dos profissionais, além do protagonismo dos usuários os quais, em virtude da veemência do modelo biomédico, pressionam e procuram serviços e procedimentos especializados.

Para tal contextualização, a barreira de acesso à atenção especializada neste caso necessita ser fragmentada através do resgate da autonomia da atenção primária como autora preponderante da coordenação dos cuidados. Almeida, Giovanella e Nunan (2012) corroboram explanando o seguinte:

“(…) a coordenação dos cuidados é condição necessária para o alcance de uma resposta integral, capaz de atender ao conjunto de necessidades em saúde dos usuários, que envolve a integração entre os níveis do sistema de saúde” (p. 377)

Constata-se que a oferta de nefrologia sob a óptica da portaria nº 1.631/15 torna-se insuficiente para a população de Caruaru. A subutilização da oferta deve-se a um cenário institucional marcado pela/por:

- ✓ *Presença da insuficiência dos serviços de saúde existentes a qual, nesse caso, existe unidade que realiza as consultas, mas verifica-se sua incapacidade de atendimento à demanda.*

Ao analisar a tabela 3 verifica-se a presença de apenas um (1) nefrologista que realizou um montante de 423 consultas de nefrologia no período estudado obtendo, assim, mediante a capacidade de atendimento calculada neste estudo, um percentual de utilização de 27%. Ao analisar o terceiro gráfico inferior da figura 3, pode-se visualizar queda nos últimos dois meses do período em estudo, acentuando a compreensão que existem discrepâncias entre a oferta/demanda.

A demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde ainda é uma grande entrave na media complexidade. O relatório desenvolvido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saude (EPSM), em 2009, apontou um panorama das dificuldades de oferta de especialistas no SUS, e dentre esta, a oferta de nefrologista no nordeste é muito escassa sendo inferior a 1 médico a cada 100 mil habitantes, além de ser um especialista que está entre as 10 especialidades médicas que apresentam dificuldades de contratação. López, Pérez e Vegas (2011) informam que a problemática de contratação de especialistas está atrelada a maior cobertura do SUS na localidade, pois os especialistas preferem se instalar em áreas de alta cobertura de planos privados. De modo elementar, tal problematização pode ser aplicável no município de Caruaru para a compreensão da indisponibilidade de mão-de-obra ativa na especialidade de nefrologia.

✓ *Protocolos clínicos inexistentes/deficitários*

A subutilização das consultas da especialidade de nefrologia pode está pautada pela incapacidade da atenção primária em balancear um esquema clínico/terapêutico eficaz para as diversas condições patológicas renais na qual demonstra um processo de trabalho deficitário em relação ao cuidado continuado. Goyatá et al (2009) apontam para minimização dessa situação estratégias intervencionistas a nível de gestão, tais como: o monitoramento da cobertura assistencial para adequação desta; a capacitação das equipes para o manejo ideal de condições patológicas em nível ambulatorial, e estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência idealizados na ótica da continuação do cuidado.

Salienta-se que este cenário é uma das inúmeras interpretações dos achados dessa especialidade e que pode comprometer o planejamento de oferta do serviço haja vista a utilização da portaria e favorecer a insuficiência da especialidade.

Ao tratar da oferta de oftalmologia da rede própria, existe uma grade constante e fixa de 1200 atendimentos/mês sendo todos realizados em virtude da intensa procura da população a essa especialidade. Contudo, de acordo com a tabela 1, a rede própria corresponde a 12% da oferta total de consultas de oftalmologia no município criando um espaço propício para a contratação de serviços particulares e que promova uma complementaridade do serviço. Assim, visualiza-se ainda na tabela 1 que 88% da especialidade provém da rede conveniada, a qual, de acordo com a portaria nº 1631/2015 e tendo sua capacidade de atendimento somada a capacidade da rede própria (tabela 3), torna-se insuficiente para prestação do serviço à população, mesmo com o

superávit de 194,17% de consultas realizadas em sua rede e 241% de utilização do serviço conveniado. À essa realidade, soma-se ainda a queda gradativa do serviço nos últimos meses de acordo com a figura 2.

O estudo realizado por Melo (2012) corrobora os achados deste estudo ao verificar as ofertas de quatro especialidades médicas ao paciente crônico de diabetes num município pernambucano, onde constatou que tal município promove a maior oferta de oftalmologia através da rede conveniada e é a que possui uma demanda expressiva tendo sua utilização superior quando comparado com a rede própria.

A utilização marcante de serviço de oftalmologia pode ser explicada pelas diferentes faixas etárias que detiveram acesso a tal. Entretanto, é conveniente ressaltar que o crescimento da população idosa, associada ao aumento da expectativa de vida e a mudanças no estilo de vida tem gerado mudanças no padrão de morbimortalidade, emergindo cada vez mais as Doenças Crônicas Não Transmissíveis requerendo assistências cada vez mais complexas. Entretanto, os sistemas de saúde tornam-se além de insuficientes para a população, fragmentados (MELO, 2012). Mendes (2011) em seu livro que retrata as redes de atenção à saúde no SUS, explica o seguinte:

“Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas.”

Ademais, a utilização quase que predominante da rede conveniada da oftalmologia no município de Caruaru, pode estar relacionada à capacidade regulatória ineficaz em virtude da disponibilidade insuficiente da especialidade da rede própria permitindo o acesso quase totalizado dos seus munícipes à rede conveniada. Ibanhes et al. (2007) referem que as funções de tais centrais de regulação são atreladas sempre como mecanismos racionalizadores, não se efetivando em viabilização política "dos princípios da integralidade e equidade" constituindo barreiras de acesso.

Salienta-se o fato da estruturação desse cenário como falha de mercado uma vez que o contexto atual municipal possui características diferenciadas que, de acordo com Pinheiro-Filho & Sarti (2012), estão associadas à natureza da demanda, às

condições de oferta, à incerteza quanto à necessidade e à provisão dos bens e serviços de saúde, ao estabelecimento de preços e ao comportamento dos agentes envolvidos.

Ao criar uma atuação veemente da rede particular nos serviços dos SUS, esses autores ainda reforçam a criação de um risco moral aos pacientes em virtude da progressiva remuneração por volume de produção de serviços, que pode gerar efeitos de curto a longo prazo:

“A situação de risco moral implica, em curto prazo, na expansão desnecessária da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade e, em longo prazo, no aprofundamento da situação de fragmentação da oferta de serviços de saúde, deseconomia de escala, elevação do custo unitário dos procedimentos e acirramento da disputa pelos recursos financeiros disponíveis.” (PINHEIRO-FILHO & SARTI, 2012, p. 2985)

De forma geral, entende-se que os valores de referência de cada parâmetro são definidos pelas incidências nacionais médias de consultas e procedimentos. Infere-se que essa metodologia é tratada ética e politicamente inadequada aos princípios do SUS, visto que produz efeitos como o de dificultar o acesso em virtude dessas incidências nacionais não serem correspondentes com o quantitativo de pessoas que necessitam de ações e serviços do nível intermediário de assistência à saúde, além de suscitar desigualdades entre municípios mediante a insuficiência dos serviços fortalecendo o subsistema de assistência médica supletiva (SILVA, 2007).

A portaria nº 1.631/2015 trouxe para discussão possíveis propostas de argumentos que suscitem a busca de novas estratégias para a consolidação de um novo padrão da suficiência da oferta de serviços especializados de saúde. Salienta-se que neste tipo de oferta, Silva (2003) aponta a presença marcante de dificuldades estruturais para garantir a suficiência:

- ausência de um sistema de planejamento e controle da oferta de serviços eficaz e que proporcione informações estratégicas de apoio à decisão alocativa no nível central, regional e inter-regional;
- falta de mecanismos institucionais eficazes para a criação e sustentação de bases consensuais mínimas para impulsionar um processo renovado de contratualização entre provedores, financiadores e reguladores (inexistência e relações de confiança);
- dificuldades nas relações horizontais no nível municipal da gestão do sistema.

Mas é necessário ampliar essa discussão em torno da redução das desigualdades impostas pelo cenário estruturado pelas relações interinstitucionais entre o público e privado, uma vez que as parcerias público-privadas são mais uma técnica de

administração do que um novo instituto jurídico que mereça normatização própria e específica no direito brasileiro de prover e assegurar a saúde para todos os cidadãos (HORBACH, 2004).

Conforme verificado neste estudo, a estrutura municipal não garante para a sua população o espectro de resolutividade mesmo com os parâmetros ajustados. Existem falhas de acesso, insuficiência de serviços, absenteísmos, dificuldades de oferta e regulação, descontinuidade do cuidado e entre outras variáveis que apontam a necessidade de ajustes na suficiência dos serviços.

Os acúmulos até o momento efetivados ainda são insuficientes para superar os obstáculos existentes, conformados em sua grande maioria pela configuração de uma oferta em muitos casos insuficiente e, em outros, desregulada, mais condicionada por questões de mercado e menos pelas necessidades de atenção à saúde (SOLLA & CHIORO, 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, identificou que a orientação da oferta de consultas especializadas em cardiologia, nefrologia e oftalmologia da rede própria e conveniada são insuficientes para a prestação de um cuidado qualificado à população portadora de doenças crônicas.

Uma vez que os superávits e déficits estão presentes na oferta dessas consultas considera-se que há inconsistências na operacionalidade/aplicabilidade da portaria nº 1631/2015 repercutindo, assim, em falhas de programação dos serviços de saúde municipal com conseqüente insuficiência destes tipos de serviços com repercussões deletérias no acesso.

Até o presente momento não se encontram disponíveis na literatura estudos que averiguem a aplicabilidade desta portaria em relação às suficiências das ofertas de serviços especializados. Acredita-se que os achados obtidos desse estudo identificaram um cenário propício para que outros possam ser realizados na iminência da criação de boas práticas de gestão e suficiência dos serviços especializados à nível municipal.

Uma das limitações desta pesquisa se refere à complexidade em analisar a implementação de uma portaria, pois requer medidas multidimensionais e não se explica apenas pela utilização dos serviços. Faz-se necessário um aprofundamento da análise de determinantes do acesso tendo em vista que estes variam de acordo com o tipo de serviço e a proposta assistencial mediante contextos institucionais variados.

Outra limitação deste estudo reside no contexto da aplicabilidade dos parâmetros para municípios que detêm porte inferior ou superior ao de Caruaru, uma vez que tal portaria esteve atrelada a disponibilidade dos serviços no município. Entretanto, municípios que precisam de referências na sua atenção especializada necessitam de cautelas na aplicabilidade desta portaria em virtude da presença de serviços regionalizados atuando em suas redes de saúde implicando mais estudos que averiguem a suficiência dos serviços diante das ofertas no contexto regional.

É importante ressaltar que o entendimento da suficiência dos serviços especializados se consubstanciará na medida em que mais variáveis sejam estudadas, pois apenas a parametrização dos serviços especializados não forneceu por si só a oferta satisfatória propiciando, assim, análise multivariada dos contextos em que o município enfrenta perante a garantia do cuidado integral.

Ademais, fazem-se necessárias propostas de análises do sistema público de saúde caruaruense na tentativa de aproximar o planejamento assistencial das necessidades de sua população, contribuindo assim, na suficiência dos serviços para garantia de acesso dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde & Sociedade**, v. 22, nº 1, p.223-236, 2013.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Revista Saúde em Debate**, v. 36, nº 94, p. 375-391, 2012.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, ano III, nº 6, p. 59 – 62, 2011.

ARANTES, L. L. Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde. Monografia (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 233 p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 3.046 de 20 de julho de 1982. Estabelece os parâmetros para credenciamento, contratos e convênios na área de assistência médica da Previdência Social. 3 Ed. Brasília, DF: Coordenadoria de Comunicação Social/MPAS, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 139, n. 112, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

ERDMANN, A.L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 21(supl), 2013.

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde. Belo Horizonte, 2009.

GOYATÁ, S.L.T. et al. Avaliação da cobertura assistencial de um sistema municipal de saúde. **Revista de Enfermagem**, v. 17, nº 4, p. 510-5, Rio de Janeiro, 2009.

GUIMARÃES, C.; AMARAL, P.; SIMÕES, R. Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2002. *IN*: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambú-MG, 2006. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_422.pdf

HORBACH, Carlos Bastide. Parceria público-privada: aspectos gerais. Texto relativo à exposição realizada na Mesa de Debates do Instituto Pimenta Bueno – Associação Brasileira dos Constitucionalistas do dia 28 de setembro de 2004, em São Paulo.

IBANHES, L.C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, nº 3, p. 575-584, 2007.

LÓPEZ, B.G.; PÉREZ, P.B.; VEJA, R.S. Oferta, demanda e necessidade de médicos. Especialistas no Brasil. Projeções para 2020. Espanha, 2009. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf> Acesso em 03 fev de 2016.

MELO, G.B.T. Análise da suficiência de consultas especializadas no município do Recife - PE [Trabalho de Conclusão de Curso]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011.

MENEZES, R.S.R. O papel dos Laboratórios Municipais de Saúde Pública – LMSP e a utilização dos parâmetros de cobertura assistencial na oferta de patologia clínica: uma revisão de literatura. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

OLIVEIRA, APV. Avaliação da oferta de consultas especializada em endocrinologia na rede SUS da cidade do Recife. (Especialização em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

PINHEIRO-FILHO, F.P. & SARTI, F.M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n ° 11, p. 2981-2990, 2012.

ROESE, A. & GERHARDT, T.E. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, nº 2, 221-9, 2008.

SANTOS, M.A.B. & GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, nº 3, p. 795-806, 2004.

SILVA, D.C.L. Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SILVA, E.C. & GOMES, M.H.A. Regionalização do SUS no grande ABC: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, nº 1, p. 70 – 81, 2014.

SILVA, F.O. Racionalização de Gastos: Uma abordagem discursiva da diretriz que ameaça o SUS. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

SOLLA, J. & CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. *In*: Giovanella, L. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SILVA; P.L.B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 17 nº 1, p. 69-85, 2003.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, v. 20, nº 3, p. 953-972, 2010.