



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Programação pactuada integrada da assistência e o Sistema Estadual de Regulação: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade”

por

Vladimir Soares Gonçalves

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro, fevereiro de 2015.

Esta dissertação, intitulada

“Programação pactuada integrada da assistência e o Sistema Estadual de Regulação: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade”

apresentada por

Vladimir Soares Gonçalves

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Juliano de Carvalho Lima

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima

Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 24 de fevereiro de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G635p Gonçalves, Vladimir Soares
Programação pactuada integrada da assistência e o sistema estadual de regulação: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade. / Vladimir Soares Gonçalves. -- 2015.
xi,104 f. : tab. ; graf.

Orientador: Virginia Alonso Hortale
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Assistência à Saúde. 2. Programação. 3. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde.

CDD – 22.ed. – 362.1

*Aos parâmetros de minha vida,
meu clã: Érika, Theo e Duda.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a coordenação, na figura do prof. José Maldonado e a todos os professores do mestrado em Política e Gestão de Ciência Tecnologia & Inovação em Saúde da ESNP/FIOCRUZ, pelas excelentes aulas e principalmente pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

À minha orientadora Virginia Alonso Hortale, pela grande experiência, enorme conhecimento e delicada habilidade de orientação. Com você este duro trabalho foi muito mais fácil!

A todos os colegas da Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da SES-RJ, pela amizade, colaboração neste trabalho e paciência nas minhas ausências para desenvolver esta dissertação. Em especial aos parceiros da programação, à Dr^a Luzia pelo exemplo e pela indicação para esta pós-graduação, Tatiana, minha eterna chefe e grande amiga e Marcelo, amigo de todas as horas e grande companheiro nesta longa caminhada na SES.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, pelas conversas animadas e convívio, recordações que guardarei com saudades.

Aos meus pais Madalena e Adriano, presenças constantes e incondicionais na minha vida. A eles tudo; todo o reconhecimento, respeito e amor.

Aos meus sogros Lélia e Negreiros, pela amizade e carinho com que sempre me acolheram durante todos esses anos de convivência e, principalmente, por terem me dado meu grande amor.

À minha família grande, tanto a que herdei geneticamente quanto a que selecionei: meus irmãos, sobrinhos, cunhados e amigos, pela convivência e amizade.

À minha família pequena, minha mulher Érika e nossos filhos, Theo Luigi e Maria Eduarda, tudo faz sentido com vocês. À Érika, agradeço pelo amor, amizade, companheirismo, paixão e respeito. Por me incentivar quando nem mesmo eu me incentivo. Por simplesmente estar presente em minha vida e colocar ordem no caos. Às crianças, agradeço todos os dias por serem elas os meus filhos, quanto orgulho e alegria, sou feliz por eles.

A Deus, presença viva na minha vida. Pela certeza daquilo que não posso ver, mas posso sentir e vivenciar. Pelas promessas que se cumprem. A Ti entrego mais esta conquista.

Todo o esforço e sacrifício valem a pena se somos felizes

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a relação entre a programação pactuada e integrada (PPI) da assistência e o sistema estadual de regulação como possíveis indutores do acesso da população do Estado do Rio de Janeiro aos serviços de saúde. Foi realizado mediante coleta e análise de dados secundários de programação, regulação e produção. Para conhecer como funciona na prática a relação entre estes temas elegeu-se uma área assistencial estratégica: a rede estadual de cirurgia cardíaca de alta complexidade. Inicialmente procedeu-se à revisão bibliográfica sobre a variável PPI de maneira isolada e relacionando-a com a regulação em saúde, também da variável acesso na sua vertente acessibilidade em saúde e da rede assistencial selecionada. Após isso, foi realizada a coleta e análise de dados de programação, de regulação e de produção para a rede piloto em questão. Os dados de programação permitiram visualizar os procedimentos antes destes serem realizados; os de regulação a sua realização e os de produção após terem sido realizados. A coleta abrangeu o período de janeiro de 2014 a junho de 2014, os dados foram consolidados mês a mês e semestralmente sendo apresentados sob a forma de tabelas. Para otimizar a análise elegeu-se duas áreas assistenciais da rede de cirurgia cardíaca: A cirurgia cardiovascular e a cardiologia intervencionista. Comparações entre essas duas áreas assistenciais também foram realizadas, onde concluiu-se que a intervencionista tem melhor desempenho do que a cardiovascular, por ser mais valorizada, procedimentos com maior apelo financeiro tem uma efetivação maior de sua programação. Ao término do trabalho observou-se que programação e regulação ainda não caminham em sintonia no estado do Rio de Janeiro. Falta implementação e desenvolvimento para a regulação, atualização e manutenção para a PPI.

Palavras-chave: Assistência à Saúde , Programação, Prestação Integrada de Cuidados de Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the relationship between the Agreed and Integrated Programming (abbreviated PPI in Portuguese) of assistance and the State regulatory system as possible drivers of the population of Rio de Janeiro's access of the to the state health services. This work was conducted through gathering and analyzing secondary data on scheduling, regulation and output. A strategic outreach area was selected in order to better understand how the relationship between these themes unfolds in practice: the state network of high complexity cardiac surgery. Initially, this study began with a review of the literature by focusing on the isolated PPI variable as it relates to health regulation, as well as on the varying access in relation to health care accessibility and the selected assistance network. Next, data on scheduling, regulation and output was collected and analyzed on the pilot network being considered. The data on scheduling allowed the procedures to be observed before they were conducted; data on regulation showed their fulfillment; and data on output showed procedures after they had been carried out. Data collection took place between January and June 2014. Data was consolidated monthly and by semester in tables. Two assistance network areas of cardiac surgery were selected in order to enhance the analysis: cardiovascular surgery and interventional cardiology. Comparisons between these two areas were also carried out, and it was concluded that interventional cardiology performs better than the cardiovascular surgery because it is more highly valued. Scheduled procedures with greater financial support are the most likely to be completed. In the end it was concluded that in Rio de Janeiro State scheduling and regulation do not perform in a coordinated manner. This work observed a lack of implementation and development for adjusting, upgrading and maintaining the PPI.

Keywords: Healthcare, Programming, Delivery of Health Care Integrated and Access to Health Services

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Argumento central do trabalho.....	05
Figura 2: Fluxograma de programação da PPI ambulatorial de 1999.....	22
Figura 3: Fluxograma da relação Programação/Regulação.....	42
Figura 4: Relação Programação/Regulação na gestão de saúde no SUS.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fórmula para o cálculo do número de internações, por especialidade, para determinada população no ano.....	27
Tabela 2: Parâmetros de cobertura de cirurgias (cardiovascular e cardiologia intervencionista) por regiões de saúde no estado do RJ, Brasil – dezembro de 2013.....	50
Tabela 3: Rede de assistência em cirurgia cardíaca de alta complexidade (cirurgias cardiovascular e cardiologia intervencionista) no estado do RJ, Brasil – dezembro de 2013.....	51
Tabela 4: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por município executor no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	53
Tabela 5: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	55
Tabela 6: Percentual de realização da programação de procedimentos de cirurgia cardiovascular / migração dos municípios executores por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	60
Tabela 7: Percentual de realização da programação de procedimentos de cardiologia intervencionista / migração dos municípios executores por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	61
Tabela 8: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista programados, regulados e executados no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	61

Tabela 9: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista regulados como eletivos e de urgência no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	62
Tabela 10: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular (programação, regulação e realização) por município executor no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014	63
Tabela 11: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (programação, regulação e realização) por município executor no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	64
Tabela 12: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular (programação, regulação e realização) por região solicitante no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	65
Tabela 13: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (programação, regulação e realização) por região solicitante no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	66
Tabela 14: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista regulados por município executor no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	67
Tabela 15: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista regulados por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) na totalidade dos municípios executores no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	56
Gráfico 2: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por município executor no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	57
Gráfico 3: Evolução do percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) pelo conjunto dos solicitantes no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	58

Gráfico 4: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.....	59
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo I: Relação de Serviços Habilitados da Rede de Atenção de Cirurgia Cardíaca de Alta Complexidade.....	81
Anexo II: Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Metropolitana I e Baía da Ilha Grande.....	82
Anexo III: Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea.....	83
Anexo IV: Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Centro Sul e Médio Paraíba.....	84
Anexo V: Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Norte e Noroeste.....	85
Anexo VI: Referências de Serviços da Rede de Cirurgia.....	86
Anexo VII: Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Cardiovascular Cardíaca para a Região Serrana.....	87
Anexo VIII: Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Endovascular.....	88
Anexo IX: Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Cardiovascular Pediátrica.....	89
Anexo X: Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial de Eletrofisiologia.....	90
Anexo XI: Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Cirurgia Vascular.....	91
Anexo XII: Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Intervencionista.....	92

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programados e executados mês a mês por município executor.....	93
APÊNDICE II: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programados e executados mês a mês por município executor.....	94
APÊNDICE III: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por município executor.....	95
APÊNDICE IV: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por município executor.....	96
APÊNDICE V: Percentual de execução de Cirurgia Cardiovascular mês a mês por município executor.....	97
APÊNDICE VI: Percentual de execução de Cardiologia Intervencionista mês a mês por município executor.....	98
APÊNDICE VII: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programados e executados mês a mês por região solicitante.....	99
APÊNDICE VIII: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programados e executados mês a mês por região solicitante.....	100
APÊNDICE IX: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por região solicitante.....	101
APÊNDICE X: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por região solicitante.....	102
APÊNDICE XI: Percentual de execução de Cirurgia Cardiovascular mês a mês por região solicitante.....	103
APÊNDICE XII: Percentual de execução de Cardiologia Intervencionista mês a mês por região solicitante.....	104

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVOS.....	06
Objetivo Geral.....	06
Objetivos Específicos.....	06
CAPÍTULO I: ACESSIBILIDADE.....	07
CAPÍTULO II: PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA.....	16
Marco Regulatório Nacional.....	16
Histórico e contextualização da PPI no Estado do Rio de Janeiro.....	20
Programação de cirurgias cardíacas no estado do Rio de Janeiro.....	30
CAPÍTULO III: REGULAÇÃO E PPI.....	32
Regulação Estadual do Rio de Janeiro.....	38
ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	43
Critérios de eleição da rede assistencial como objeto de análise.....	43
Revisão bibliográfica e documental.....	44
Coleta dos dados.....	44
Tabulação dos dados.....	46
Análise dos dados.....	46
Limitações observadas.....	47
RESULTADOS.....	49
Distribuição da cobertura de cirurgias cardiovasculares e de cardiologia intervencionista no estado do Rio de Janeiro.....	49
Realização de procedimentos de cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista no estado do Rio de Janeiro.....	53
DISCUSSÃO.....	68
RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	81
APÊNDICES.....	93

INTRODUÇÃO

As desigualdades no acesso à saúde são um tema central para assuntos que envolvem políticas públicas. De modo geral, os sistemas de saúde buscam a garantia do acesso, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população (CONASS, 2011a). Por isso, há um grande interesse em compreender, definir e mensurar o acesso, já que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas sustentáveis no setor saúde.

Nesse contexto, o argumento central deste estudo está relacionado à necessidade de maior articulação entre a Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência e o sistema estadual de regulação para a melhoria do acesso às ações e serviços relacionados à saúde, usando como recorte específico, as cirurgias cardiovasculares no estado do Rio de Janeiro.

A PPI da Assistência é um instrumento criado para organizar as redes regionais de saúde, como mecanismo para ampliar a acessibilidade da população ao sistema de saúde. Ela objetiva definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território administrativo, mediante a utilização de indicadores demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada, histórico de produção, entre outros. É um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi implementada no estado do Rio de Janeiro em outubro de 2011, seguido de sua manutenção e difusão para os municípios do estado (RIO DE JANEIRO, 2011).

Convém salientar que, se hipoteticamente utilizada em toda sua potencialidade, a PPI pode ser considerada um grande instrumento de gestão e inovação, possibilitando maior transparência nos fluxos assistenciais e qualidade nas ações gerenciais, que podem gerar melhorias no acesso da população às ações de atenção à saúde.

“A Programação Pactuada e Integrada (PPI) representa um importante instrumento para a alocação dos recursos financeiros destinados à assistência e, fundamentalmente, para a explicitação das responsabilidades de cada gestor na organização das ações de saúde. É um dos momentos do processo de planejamento que, considerando os princípios do SUS, visa garantir o acesso da população a todos os níveis do sistema, de forma equânime, buscando a integralidade da atenção. Além de conferir transparência na distribuição dos recursos, dos critérios e dos parâmetros adotados, ela subsidia os sistemas de

controle, acompanhamento, regulação e avaliação”. (CONASS, 2011a; P.85)

Para entender melhor porque considerar a PPI da Assistência como uma inovação, faz-se necessário olhar a estruturação do sistema de saúde antes de sua implantação. Para clarificar esta situação, observemos o que diz o Ministério da Saúde nas diretrizes para a PPI, de junho de 2006:

“Mesmo no presente, a iniciativa reguladora do Estado quanto à localização e dimensionamento de serviços públicos e privados, nem sempre perseguiu critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões. A rede assistencial mostra-se, em geral, fragmentada e desarticulada, onde a própria população busca a solução para seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-pólo das regiões. Estes recebem uma demanda regional de maneira desorganizada, com conseqüente dificuldade de acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência.” (BRASIL, 2006c, p07).

Ao analisar esse panorama, percebemos a insuficiência de um planejamento técnico e coerente para a estruturação dos serviços de saúde em território nacional. Além disso, os critérios que definiam a alocação desses serviços eram pouco estruturados. Podemos citar duas situações como exemplo dessa baixa estruturação: a evolução histórica com características regionais desiguais, como no Rio de Janeiro, que por ter sido o Distrito Federal até 1960, concentrava grande número de serviços públicos federais de saúde (NORONHA et al, 2003), e a forte influência de questões políticas, muito presente no cenário brasileiro.

A histórica falta de diálogo entre os entes federados (municípios, estados e união) propiciou a implantação de serviços de saúde desarticulados, levando a que o SUS não funcionasse como um sistema integrado e focado em promover o acesso universal e a equidade na assistência.

Nesse contexto, a oferta de serviços de saúde era desestruturada e o controle do acesso inexistente, quando muito exercido pelos próprios usuários, que iam em busca de suprir suas necessidades sem nenhum tipo de orientação oficial. De acordo com Noronha et al (2003; p.333): *“é ilusória a ideia de adscrição de clientela em áreas onde populações podem se deslocar livremente em busca das melhores alternativas para obter o cuidado que necessitam ou demandam”*. Como resultado, observamos o congestionamento dos serviços existentes,

acessados sem critério, o que resultava em utilização inadequada dos mesmos. Ainda para os mesmos autores *“a oferta de serviço qualificado em qualquer ponto da malha metropolitana tende a atrair numeroso contingente de usuários”* (p333).

A análise de alguns parâmetros de assistência mostra que, para credenciar no SUS um serviço de tomografia computadorizada (TC), segundo a Portaria nº 1101 GM/MS de 13 de junho de 2002 (BRASIL, 2002c), é necessário ter um aparelho para cada cem mil habitantes. Este parâmetro, pela antiguidade da portaria e pelo avanço da medicina com novas indicações para o exame, já está ultrapassado, ainda assim não se justificaria ter um aparelho de TC, por exemplo, no município de Macuco, no estado do Rio de Janeiro, com 5.327 habitantes (2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus). Porém, de acordo com o princípio da universalidade do SUS, os municípios de Macuco têm o direito constitucional de realizarem exames de TC, quando necessário.

A solução encontrada para esta equação seria a realização de pactos de atendimento regionais e descentralizados entre os entes federados, onde aquele, cujo serviço tivesse capacidade ociosa, pactuava seu excedente com os que não possuíam o serviço em quantidade suficiente, promovendo assim melhoria no acesso.

Estes pactos seriam dimensionados por intermédio de parâmetros técnicos e populacionais de forma incipiente e, preponderantemente, por indicadores de histórico de produção, conformando assim a programação física e financeira dos procedimentos de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares. Desta maneira, por ocasião da implementação da PPI, existiria um grande risco de perpetuação de questões políticas que definiram a distribuição dos serviços de saúde.

Com essa prática, cada município teria definido seu teto financeiro para os procedimentos da tabela SUS, bem como o recurso financeiro para o bloco de financiamento de média e alta complexidade (MAC), chamado “teto MAC”. Ao confrontar este dado com a capacidade instalada de cada município, seria possível diagnosticar os procedimentos e ações passíveis de pactuação, ou seja, que necessitavam ser realizados em outros municípios. É neste contexto que a PPI é implantada.

As diretrizes para a PPI de junho de 2006, explicitam que:

“O modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento,

programação e regulação, estruturando o que se denominou de “redes funcionais” (BRASIL, 2006c; p08).

Dentre os objetivos gerais do processo de PPI, cabe citar o de buscar a equidade de acesso e o de fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde, conforme anexo 1 da portaria GM nº 1097 de 22 de maio de 2006 (Brasil, 2006b).

O conceito de regulação mais disseminado no SUS está relacionado à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, induzindo a iniciativa de controle do acesso do usuário e de adequação à oferta (CONASS, 2011a). A operacionalização das ações de regulação otimiza os recursos de custeio alocados nos municípios e assim, qualificam o acesso do usuário do SUS à assistência (BRASIL 2006d).

Segundo o Informativo Anual de 2000 da Organização Mundial da Saúde, a regulação está intimamente relacionada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde (OLIVEIRA E ELIAS, 2012).

Deste modo, partimos do pressuposto que existe uma relação entre a PPI e a Regulação Estadual (RE), e que essa relação pode comportar-se como indutora do acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde, embora com limitações. A PPI deveria alimentar o processo de regulação, e este retroalimentaria a programação. Assim, a RE passaria a ter subsídios para regular o acesso de pacientes aos diversos serviços e ações de saúde e a PPI, por sua vez, ganharia em qualidade, ao poder confrontar sua programação com o que está de fato acontecendo no dia a dia do SUS.

Para conhecer como esta relação funciona na prática, com seus pontos positivos e seus problemas, elegemos uma área assistencial específica para estudo: a rede de assistência cardíaca cirúrgica de alta complexidade.

A rede de assistência cardiovascular foi escolhida para o desenvolvimento do estudo por ser considerada estratégica. Primeiramente, pela relevância das patologias em que ela atua. Em segundo lugar, por ser uma das primeiras redes assistenciais estruturadas no estado do Rio de Janeiro, o que facilitou a obtenção dos dados para análise. Além disso, por ser uma área assistencial regulada pelo Sistema Estadual de Regulação (RE), existia disponibilidade de dados de regulação para a análise.

Durante o ano de 2011, ao longo dos aproximadamente nove meses, participamos do processo de implantação da PPI no Estado do Rio de Janeiro, integrando a equipe gestora que desenvolveu a metodologia em nosso Estado.

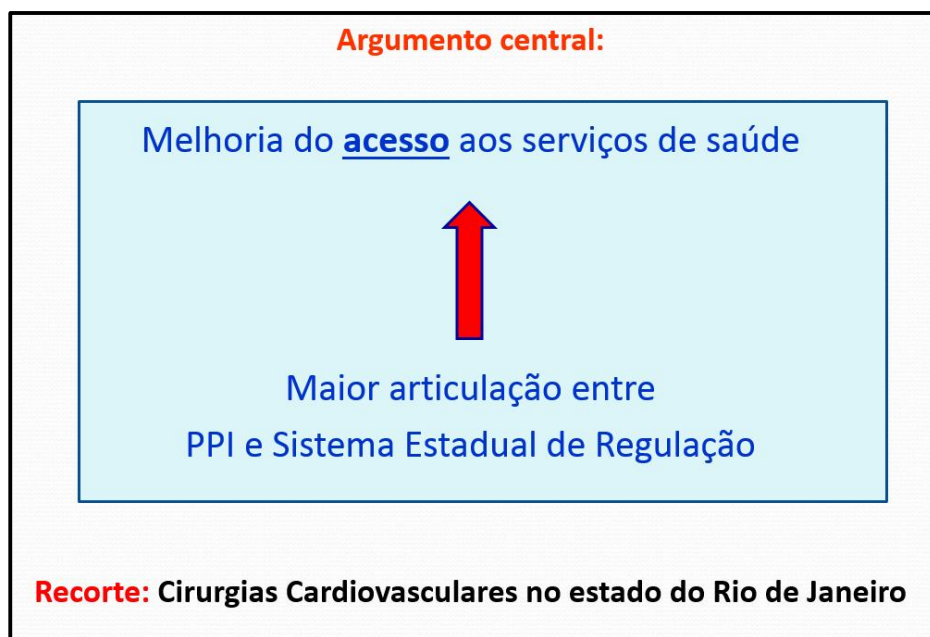
Nosso envolvimento com a PPI é antigo, pois durante mais de 10 anos trabalhamos com programação em saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, participando de todas as experiências de programação ao longo deste período.

Por este motivo, acreditamos que este trabalho é pioneiro e também contribuirá para a documentação do trajeto da PPI no Estado do Rio de Janeiro, devido à escassez de publicações nesta área.

Nosso interesse pelo assunto é notório comprovado por toda a nossa trajetória profissional. Tivemos grande satisfação quando da aprovação da PPI, o que estimulou a vontade de comprovar o postulado implícito no objetivo geral deste trabalho.

Assim, este trabalho tem como objetivo geral analisar os limites e possibilidades da integração entre a PPI e a RE na garantia de acesso às ações e serviços de alta complexidade cirúrgica em cardiologia. Este estudo também se propôs a comparar os dados de programação com os de produção (faturamento) e regulação, para assim analisar o acesso da população à assistência de saúde. Para melhor compreensão dos assuntos que serão importantes para a contextualização deste estudo, os capítulos seguintes abordarão os temas Acessibilidade, PPI e Regulação, com base na literatura e experiência pessoal.

Figura 1: Resumo argumento central do trabalho



OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os limites e possibilidades da integração entre a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a Regulação Estadual (RE) na garantia de acesso às ações e serviços de alta complexidade cirúrgica em cardiologia.

Objetivos Específicos

1. Analisar os dados de programação, regulação e produção da assistência de cirurgia cardíaca de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro;
2. Apresentar a rede de atenção cardiovascular no estado do Rio de Janeiro a partir da contextualização sobre programação e regulação;
3. Discutir a importância da associação entre a regulação e a programação na gestão da assistência à saúde, e a categoria acesso como um dos principais resultados a serem alcançados;

CAPÍTULO I

ACESSIBILIDADE

Neste trabalho discutiremos a categoria acesso mais concretamente na sua vertente acessibilidade, entendendo acessibilidade como a relação entre a presença dos serviços de saúde e a sua utilização real pela população (HORTALE et al, 2000a). Como o acesso é o objeto final de observação deste trabalho, e diante das desigualdades no acesso à saúde, é necessário conceituá-lo. De acordo com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 (BRASIL, 1988):

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso** universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

No entanto, há uma grande variação para a terminologia empregada ao conceito de acesso. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade enquanto outros preferem o substantivo acesso ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Segundo Donabedian (1973), a acessibilidade abrange uma gama maior de significados, pois não representa somente a disponibilidade de recursos em um determinado momento e espaço e não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde. Mais do que isso, refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos indivíduos, e inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes (TRAVASSOS E MARTINS, 2004; SANCHEZ E CICONELLI, 2012). Nesta lógica, para *Frenk (1985 apud HORTALE et al, 2000a)*, acessibilidade é *“o grau de ajuste entre as características, quer dos recursos, quer da população, em processo de busca e obtenção de atenção, caracterizando-o, dessa forma, como uma qualidade do acesso”*.

Andersen (1995) prioriza o termo acesso, que abrange a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes, prevalecendo a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. (ANDERSEN E NEWMAN, 1973; TRAVASSOS E MARTINS, 2004)

O conceito de acesso à saúde vem se modificando e adquirindo maior complexidade ao longo do tempo. Inicialmente, na década de 1970, a literatura sugeria que o conceito de acesso

estava mais fortemente relacionado com o aspecto geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento) dos indivíduos (DONABEDIAN, 1973; RONALD E NEWMAN, 1973; ADAY E ANDERSEN, 1974). Com base na literatura mais recente, este conceito se tornou mais complexo por se correlacionar também com aspectos de difícil mensuração tais como cultural, educacional e socioeconômico (McINTYRE E MOONEY, 2007; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Donabedian (1973) descreveu os aspectos sócio-organizacional (condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo) e geográfico (distância física entre o usuário e os serviços), que exercem fortes influências no acesso à saúde. Nesta mesma linha, Aday e Andersen (1974) relacionaram o acesso como um contexto mais político e menos operacional. Para Ronald e Newman (1973), o acesso à saúde sofre influência de determinantes individuais, seja as características da população, como renda, seguro saúde e estrutura social, ou as características das instituições de saúde. Neste contexto, segundo Panchansky e Thomas (1981), indicadores de resultado, como a satisfação do paciente, podem servir como avaliação do acesso, revelando o grau de interação entre os clientes e o sistema de saúde. Em 2007, McIntyre e Mooney argumentaram que o grau de informação (nível educacional, cultural, crenças, condição social e econômica) do paciente e do profissional de saúde é determinante para a qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo, que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde (apud SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Um outro aspecto importante é considerar que a saúde não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde. Deste modo, a utilização de serviços impacta diretamente na doença, e apenas indiretamente na saúde (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). Segundo a ótica da OMS, a promoção de saúde é o processo que permite às pessoas melhorar e controlar sua saúde.

Logo, o conceito de promoção de saúde é mais do que a entrada no sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984).

Atualmente, observa-se uma tendência a relacionar o conceito acesso aos resultados dos cuidados recebidos, e não somente à entrada nos serviços. Neste contexto, é importante distinguir entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados. Apesar do uso de serviços de saúde (entrada) ser determinado pelo acesso, sua efetividade é o resultado de uma multiplicidade de fatores relacionados à qualidade e continuidade do cuidado (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Assim, o acesso à saúde é cada vez mais discutido em termos de justiça social e de equidade e as características do acesso se organizam em quatro dimensões (aspectos): disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Essas dimensões podem ser avaliadas por indicadores de processos e resultados, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde (ADAY E ANDERSEN, 1974; McINTYRE E MOONEY, 2007; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Sanchez & Ciconelli (2012; p.262) descreveram as dimensões de acesso à saúde, correlacionando-as aos seus respectivos indicadores de processos e resultados:

- Disponibilidade: relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Indicadores: tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos.

- Poder de pagamento: relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos. Indicadores: renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde.

- Informação: grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde. Indicadores: escolaridade, conhecimento e fontes de informação.

- Aceitabilidade: natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais. Indicadores: crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde.

As dimensões mais tangíveis são a disponibilidade e a capacidade de pagamento. A disponibilidade representa um conceito físico e geográfico que reflete a entrada no sistema de saúde e possibilita a mensuração de vários indicadores de processos e de resultados. No entanto, apesar do grau de detalhamento, a dimensão da disponibilidade não é suficiente para garantir o acesso, nem para avaliá-lo (DONABEDIAN, 1973; ADAY E ANDERSEN, 1974).

Os indicadores de processo têm relação com o número de médicos, de leitos hospitalares e de ambulâncias por unidade populacional ou área geográfica, e influenciam a entrada no sistema de saúde e o grau de satisfação dos consumidores. A entrada no sistema de saúde sofre interferência de variáveis como o tempo de viagem, tempo médio de espera para o agendamento

de consultas e para o atendimento, bem como tempo médio para a chegada da ambulância (SANCHEZ E CICONELLI, 2012). Os indicadores de resultado, que estão relacionados com a utilização (tipo de serviço utilizado, o local, o propósito do atendimento, o intervalo de tempo envolvido e a continuidade) e satisfação, refletem os produtos finais das políticas de saúde em relação ao acesso (ADAY E ANDERSEN, 1974; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Em relação às dimensões de mais difícil mensuração, estão a informação e a aceitabilidade. A informação é essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso à saúde e favorece o empoderamento dos indivíduos em relação ao cuidado com a sua saúde, que é objetivo fundamental das políticas de saúde em uma sociedade democrática (McINTYRE E MOONEY, 2007; THIEDE E McINTYRE, 2008).

Segundo Thiede e McIntyre (2008), os sistemas de saúde podem ser analisados com base na desigualdade da distribuição de informação (assimetria) dentro do sistema de saúde. O nível adequado de informação para que as pessoas possam tomar decisões em saúde pode ser alcançado através da educação, sendo o letramento em saúde um componente importante na eliminação de disparidades em saúde. O baixo nível de educação em saúde impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade (falta de empoderamento) e é determinante na redução do acesso à prevenção em saúde (THIEDE E MCINTYRE, 2008; PERLOW, 2010).

A aceitabilidade é a dimensão menos tangível do acesso e, portanto, a mais difícil de ser quantificada e detectada. É bem menos tangível que a disponibilidade, porém não menos importante. A relação entre as atitudes e expectativas dos profissionais de saúde e dos indivíduos define e influencia a aceitabilidade, cujo ponto chave é o respeito mútuo e a confiança, elemento essencial para a equidade no acesso (McINTYRE E MOONEY, 2007;; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Historicamente, a preocupação com a equidade em saúde vem aumentando e propiciando avanços no campo das políticas sociais. No Brasil, a criação do SUS, em 1988, propôs universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde como direito de todo cidadão brasileiro (CORDEIRO, 2001). Teoricamente, o planejamento no campo da Saúde Coletiva visaria garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, entretanto, o acesso universal ainda não se transformou em equidade em saúde.

Na realidade, há distribuição desigual dos determinantes de saúde, como moradia, condições de trabalho, ambiente seguro, alimentação saudável, acesso ao esporte e estilos de vida. A conclusão é que a melhoria do acesso à saúde e a garantia de uma maior equidade não

serão obtidas com ações cujo foco se limite aos sistemas de saúde. Em vez disso, dependem de ações inter-setoriais preventivas e políticas sociais e econômicas que permitam dissipar diferenças de renda e educação, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

O acesso, segundo o artigo 196 de nossa Constituição Federal, é um dos componentes do direito à saúde. Ele deve ser um orientador das políticas de saúde com o objetivo de se adequar de maneira responsável com as necessidades de saúde da população.

“O acesso deve funcionar (...) como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas” (HORTALE et al., 2000a:232).

Ter acesso constitui um objetivo das políticas de saúde no Brasil (HORTALE et al 2000a) e seu grande desafio é *“estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade”* (GIOVANELLA E FLEURY, 1996). O lema é desenvolver uma política de saúde que possibilite equilibrar a relação entre oferta e demanda, que pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população (JESUS E ASSIS, 2010).

Para que o acesso se concretize existem, portanto, essas duas forças atuando em lados opostos. De um lado, a oferta de serviços e sua disponibilidade para a população. Do outro a demanda, com a utilização real dos serviços pelos usuários. Integrando esses lados visualiza-se um conjunto de forças que dificultam ou facilitam essa relação. Mobilidade urbana deficitária, tempo de espera prolongado, pouca disponibilidade de recurso humano são fatores de resistência enquanto que disponibilidade de tempo, transporte público viável, boa relação profissional de saúde-usuário são fatores de acessibilidade. Traduzindo: ter disponibilidade não significa necessariamente na utilização dos serviços (HORTALE et al 2000a). Para concretizar o acesso é necessário interrelacionar determinantes epidemiológicos, comportamentais (da população) e organizacionais.

Em tese, espera-se que o Estado atue no sentido de garantir o acesso a ações e serviços de saúde, distribuindo bens e serviços de acordo com as necessidades de saúde da população.

Segundo normativas do SUS, muitas ações e serviços que estavam sob a gestão e/ ou execução do Estado foram transferidos para os Municípios. Esse processo de descentralização

das ações e serviços de saúde fez com que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) assumissem novas funções no sistema de saúde estadual, inclusive a introdução de mecanismos de regulação. Quanto mais forte for a atuação das SES por meio da regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso à saúde (CONASS, 2011a).

A PPI contribui na descentralização dos serviços e ações de saúde, que deveriam ser operacionalizados pela ação da Regulação Estadual (RE). Desta maneira acredita-se gerar acesso, já que a descentralização é uma condição importante para promover o acesso (HORTALE et al., 2000b). Porém na prática, a regulação não se orienta pelos parâmetros da PPI, seguindo critérios próprios não regulamentados, muito mais pautados na oportunidade da acessibilidade do que na qualidade do acesso, o que contradiz a orientação do CONASS descrita abaixo.

“Desse modo, a regulação tem por objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional...”(CONASS, 2011a; p.28).

A PPI também auxilia no processo de distribuição técnica dos recursos na área da saúde, cabe salientar que um dos principais entraves ao acesso universal ao sistema de saúde é a capacidade de financiamento e de disponibilização do mesmo para os gestores responsáveis pelos serviços de saúde. Para afirmar como a relação entre PPI (programação) e regulação interagem para promover o acesso aos serviços de saúde, destacamos uma das diretrizes da PPI: *“Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde”* (BRASIL, 2006c; p13).

Limitando a discussão da variável acesso para a assistência em cirurgia cardíaca de alta complexidade, objeto de análise deste trabalho, entendemos que o acesso a serviços de alta complexidade, bem como sua evolução e as possíveis causas associadas às desigualdades regionais tem sido analisado, por exemplo, com base nas taxas de internação por angioplastia e cirurgia de revascularização do miocárdio (VIACAVA et al, 2009).

As doenças crônicas degenerativas apresentaram um aumento significativo no Brasil e no restante do mundo. Entre elas, as doenças cardiovasculares foram a principal causa de mortalidade no Brasil no ano de 2011¹, totalizando 28,64% dos óbitos brasileiros. Elas também

¹ Dados retirados do DATASUS/Sistema de Informação de Mortalidade
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> - Acesso em 16/04/2014.

foram a primeira causa de óbitos em todas as regiões brasileiras, bem como a principal responsável pela mortalidade no estado do Rio de Janeiro, com 29,13% do total de mortes.

Ao observar as internações hospitalares, que refletem o perfil de utilização destes serviços pela população, e que pode ser traduzida pela morbidade hospitalar, percebemos que as causas cardiovasculares assumem papel relevante como motivadores da internação, aparecendo como a segunda causa de internação para o ano de 2009², atrás apenas das internações obstétricas. Isso acarreta ao SUS o conseqüente aumento da demanda de procedimentos de alta complexidade em cardiologia.

A atenção cardiovascular no SUS deve ser estruturada a partir da atenção primária, de forma regionalizada e hierarquizada, como está proposto pela Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Um de seus objetivos é “*desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção cardiovascular*” (CONASS, 2011b; p.49).

Os parâmetros para o planejamento e a avaliação da rede de atenção cardiovascular de interesse para o recorte deste trabalho, que recai sobre as áreas de cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista, são:

a. Número de serviços necessários por Unidade da Federação:

a.2. Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular:

1 (um) para cada 600 mil/habitantes.

a.4. Serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos de cardiologia intervencionista:

1 (um) para cada 600 mil/habitantes.

b. Número de atendimento mínimo esperado por tipo de unidade

b.1. Cirurgia cardiovascular adulto - realizar, no mínimo:

180 cirurgias/ano de alta complexidade.

b.4. Cardiovascular intervencionista - realizar, no mínimo:

144 procedimentos/ano,

(excluídos os estudos hemodinâmicos ambulatoriais).

(CONASS, 2011b; p.52).

No Brasil, dentre as diversas cirurgias cardíacas realizadas pelo SUS, a mais frequente é a cirurgia de revascularização miocárdica (procedimento pertencente à área de cirurgia cardiovascular), realizada por mais de uma centena de equipes, tanto em hospitais públicos como em filantrópicos ou privados.

² Dados retirados do DATASUS / caderno de informações de saúde - Brasil, 2009. Acesso em 16/04/2014).

Piegas e colaboradores (2009) analisaram uma grande disparidade regional que foi registrada na relação do número de cirurgias realizadas por número de habitantes entre 2005 e 2007. As regiões Sul e Sudeste, mais desenvolvidas em termos socioeconômicos e com o maior número de leitos e hospitais especializados disponíveis, concentravam o maior número de operações por habitantes quando comparadas com o Norte e o Nordeste, correspondendo a 77% do total de cirurgias realizadas. Os dados referentes ao período 2002 a 2010 indicam que houve um acréscimo substancial no uso desses procedimentos com diferenças importantes entre as grandes regiões e os Estados (VIACAVA et al, 2009).

Variações regionais de utilização de serviços de saúde ocorrem mais por diferenças nas práticas assistenciais, devido principalmente à disponibilidade de serviços e capacidade de financiá-los, do que pela diversidade epidemiológica no estado de saúde das pessoas.

Tomando por base a abrangência elevada destas patologias, associado ao seu grande potencial de gravidade e seu alto custo, as doenças cardiovasculares se apresentam como um importante problema de saúde pública, que precisa ser enfrentado pelos gestores de saúde. Dar acesso a toda a população que necessita de assistência cardiovascular é essencial para reverter os dados de mortalidade e morbidade da população brasileira. Pois a falta de acesso a assistência cardiovascular ambulatorial leva a um aumento da necessidade de cirurgias (elevação da morbidade hospitalar). A falta de acesso às cirurgias cardiovasculares, por sua vez, aumenta o tempo de atendimento dos pacientes, o que é fator essencial para o aumento da mortalidade.

Convém ressaltar que a discussão da variável acesso é muito ampla. Ao discutir acesso discute-se:

1. O controle social, com a participação da população na administração dos serviços e geração das ações de saúde.
2. A universalidade, equidade, qualidade e eficácia na operacionalização dos serviços de saúde.
3. A transparência das informações geradas pela prestação de contas e pela publicização dos resultados.
4. A confiança do usuário no sistema de prestação de saúde, sua tolerância aos sintomas das doenças (tal como dor) e suas crenças relativas à saúde.

Com base na relevância e abrangência da categoria acesso no setor saúde, este trabalho pretende discutir este tema como possível indicador de resultado da relação entre a programação e a regulação.

CAPÍTULO II

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA

Marco Regulatório Nacional

Esta seção aborda a evolução normativa e histórica da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que apareceu nas normas e portarias do SUS em três versões: NOB 96 (BRASIL, 1996), NOAS 01/02 (BRASIL, 2002a) e o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a)

“A PPI: foi proposta inicialmente na Norma Operacional Básica 01, de 1996 (publicada pela portaria GM/MS n.º 2.203, de 03 de novembro de 1996), reformulou-se com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS 01/01 e 01/02), e foi reeditada com a publicação do Pacto pela Saúde (portaria GM/MS n.º 399/2006)”
(RODRIGUES, 2012; pg 41).

A PPI é um importante instrumento de gestão para a alocação dos recursos financeiros destinados à assistência em saúde. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na teoria ela visa garantir o acesso da população a todos os níveis do sistema, de forma equânime, conferindo transparência na distribuição dos recursos, nos critérios e nos parâmetros adotados. Além disso, a PPI subsidia os sistemas de controle, acompanhamento, regulação e avaliação (CONASS, 2011a).

O primeiro documento que discutiu e instituiu a PPI foi a Norma Operacional Básica do SUS, a NOB nº 01/1996 (NOB 96), editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), em apenas seis parágrafos, propôs a criação de redes regionais como mecanismo para ampliar a acessibilidade da população ao sistema de saúde; que seriam organizadas mediante a PPI (RODRIGUES, 2012). Esta norma teve um importante significado para a programação das ações de saúde, no momento que instituiu a PPI como um instrumento essencial para a programação e a alocação dos recursos destinados ao custeio das ações, consideradas como de média e alta complexidade. Além disso, estabeleceu Piso Assistencial Básico (PAB) para repasse dos recursos federais para os estados e municípios (CONASS, 2011a).

Esta norma também tinha, como um de seus objetivos, consolidar o poder público municipal enquanto gestor da atenção à saúde, por intermédio, entre outros, da garantia da referência. Para operacionalizar tal objetivo, ela propõe a elaboração de uma PPI, onde é

responsabilidade do gestor municipal a garantia de acesso da população aos serviços de saúde oferecidos no município ou adquiridos via referência, e do gestor estadual a coordenação da PPI.

Esta visão da NOB 96 está em acordo com o que diz Souza (2001; p.452):

“As Normas Operacionais do SUS têm representado um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios.”

Embora já instituída na NOB 96, em 2001, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001/2002 (NOAS 01/02), a PPI foi definida, em âmbito nacional, como um instrumento fundamental de planejamento das ações e serviços de saúde, em busca da integralidade da atenção e da equidade na distribuição dos recursos. Assim, tornou-se obrigatória para os estados se habilitarem em gestão plena, passando a orientar-se não somente pela oferta de serviços, como também pela demanda existente (BRASIL, 2002b; CONASS, 2011a).

Esta norma assumiu a regionalização da assistência como estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização do sistema, ou seja, *“a NOAS define a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial”* (SOUZA, 2001; p453). Ela ampliou a formação de redes funcionais que ultrapassam as fronteiras geográficas municipais, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência.

Nesse contexto, a coordenação do processo de elaboração da programação das ações de saúde passou a ser de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Foi proposto que os gestores estaduais definissem e aprovassem, nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), a macroalocação do recurso financeiro federal do SUS destinado ao financiamento dos procedimentos, em nível ambulatorial e de internação, bem como os parâmetros e a metodologia a serem utilizados na PPI. Assim, para toda e qualquer alteração dos limites financeiros estaduais e/ou municipais, é de competência dos Estados manterem o Ministério da Saúde atualizado, por meio de planilhas.

Embora a metodologia de programação, baseada nas diretrizes da NOAS 01/02, tenha representado um importante avanço no processo de consolidação da gestão do SUS que, com maior ou menor intensidade, tenha se efetivado em todas as Unidades Federadas houve questões

limitantes no processo de construção das redes regionalizadas e hierarquizadas, que dificultaram a atenção integral à saúde da população (BRASIL, 2006c).

“O processo ainda demonstrava várias fragilidades, apontando, dentre outras, a necessidade de se continuar buscando modelos que superem a fragmentação das políticas e dos programas de saúde, que promovam maior integração das várias áreas da atenção à saúde, que respeitem as diferenças locorregionais, que busquem a configuração de Redes de Atenção à Saúde com base nas necessidades de saúde da população e que implementem o sistema de controle, regulação e avaliação”. (CONASS, 2011a; P.84)

Por isso, no período pós-NOAS 01/02, a PPI não se configurou em um projeto dominante de programação. Existiam muitas maneiras de se programar os recursos para o desenvolvimento das ações de saúde, pois cada Estado desenvolvia sua lógica e seus instrumentos de gerenciamento, desde que não ferissem os princípios do SUS.

Deste modo, somente com a implantação do pacto pela saúde em 2006, a PPI foi assumida pelo Ministério da Saúde como projeto dominante. Todos os Estados deveriam adotá-la como instrumento de programação de recursos financeiros do bloco de financiamento MAC (média e alta complexidade), sob pena de que, quando vencido o prazo concedido, os Estados que não tivessem a PPI implementada teriam seu repasse de recursos federais suspenso.

Em 22 de maio de 2006, após o Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.097/2006 (BRASIL, 2006b), que definiu a PPI como:

“...um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.” (CONASS, 2011a; p.86).

Além disso, no volume 5 da série Pactos pela Saúde, foram publicadas as diretrizes sobre a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, contendo parâmetros assistenciais como subsídios para orientar os gestores na elaboração da PPI (BRASIL, 2006c)

Por meio desse processo, foram definidos, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria de cada município e das referências recebidas de outros municípios. Assim, podem ser definidas e quantificadas as ações

de saúde para população residente em cada território, e efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população nos municípios referenciados (BRASIL, 2006b; 2006c).

Os objetivos da PPI são:

- *“Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;*
- *Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;*
- *Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade (MAC) de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios;*
- *Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;*
- *Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;*
- *Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;*
- *Possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de programação pactuada e integrada da assistência e assegurar que estejam explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, conforme anexo 1 da portaria GM nº1097, de 22 de maio de 2006.” (BRASIL, 2006c; p13).*

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) e Datasus desenvolveram um sistema informatizado para a PPI, denominado SISPPI, de uso opcional, com o objetivo de registrar as pactuações, constituindo uma ferramenta de formalização das discussões intergestores. Ele é um instrumento que permite a operacionalização da PPI, trazendo, principalmente, clareza na definição dos fluxos assistenciais e transparência ao processo.

No entanto, como acontece com qualquer modelo de planejamento, as necessidades vão se alterando ao longo do tempo e, conseqüentemente, há uma mudança na realidade que foi inicialmente prevista. Por esse motivo, a PPI deve ser revisada periodicamente, para que não se distancie da realidade e continue cumprindo seu papel estratégico:

“As revisões devem ser realizadas no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações da Comissão Intergetores Bipartite, mantendo-se a flexibilidade necessária para os casos em que as conjunturas locais demandem revisões em intervalos menores” (BRASIL, 2006c; p.45).

Histórico e contextualização da PPI no Estado do Rio de Janeiro

Nesta seção, será discutido o histórico da PPI no Estado do Rio de Janeiro. É importante destacar a relevância deste histórico pois, após o ano de 2002, não há publicações na literatura abordando integralmente esta contextualização histórica. Por isso este tópico teve como fonte os documentos elaborados por técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e a minha experiência profissional.

O processo de elaboração e de implementação de uma PPI efetivamente pactuada na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), tem início a partir de 1998, no contexto da Norma Operacional Básica do SUS, a NOB nº 01/1996 (NOB 96), primeiro documento que discutiu e instituiu a PPI como um instrumento de gestão. Em abril desse ano foi instituída a Comissão de Programação Pactuada e Integrada (CPPI), composta de maneira paritária por técnicos da SES-RJ e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ). Esta comissão teve como principal atribuição, elaborar uma proposta de implementação e operacionalização da PPI (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

A CPPI definiu dois eixos prioritários: a revisão do teto financeiro global do Estado e a substituição do mecanismo anterior de alocação de recursos. É importante salientar que o Estado do Rio de Janeiro possui teto programado desde o ano de 1995, porém sem pactuações intermunicipais. De acordo com Noronha et al (2003; p.329),

“O estado do Rio de Janeiro já tinha tetos financeiros definidos para todos os municípios do estado desde 1995. Naquela época, havia uma estimativa aproximada de referências intraregionais e interregionais para fins de definição do teto, sem que houvesse pactuação direta de referências entre gestores municipais.”

Trocou-se, assim, a parcela fixa mensal dos municípios-polo para atendimento das referências por um mecanismo que propiciasse a pactuação. Naquele momento, apenas na atenção ambulatorial, a assistência hospitalar permaneceu inalterada (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

Foram realizadas oficinas de trabalho com a participação de representantes das regiões de saúde do Estado. Na primeira, criaram-se a ficha de programação pactuada e integrada

(FPPI), instrumento de pactuação e de alocação de recursos, e uma metodologia inovadora de alocação destes recursos, que romperiam com a lógica anterior (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

Para a revisão dos tetos financeiros, dado o curto prazo, foram utilizadas três variáveis: população, perfil da capacidade instalada e parâmetros estaduais de utilização de serviços (histórico de produção de outros Estados). Para os representantes estaduais, a pactuação entre gestores foi considerada uma inovação, pois até então era inexistente (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

Para este primeiro momento, o cálculo do teto financeiro “ideal” foi realizado pela análise da série histórica da produção de outros Estados, utilização de parâmetros analisados por outras Secretarias Estaduais de Saúde, e outros critérios técnicos. Com a aprovação dos novos parâmetros físicos, estes foram aplicados à população estimada para 1998, calculando o teto ambulatorial “ideal”, sendo posteriormente ajustado aos valores do recurso existente, pois não havia previsão de aporte de recursos novos (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

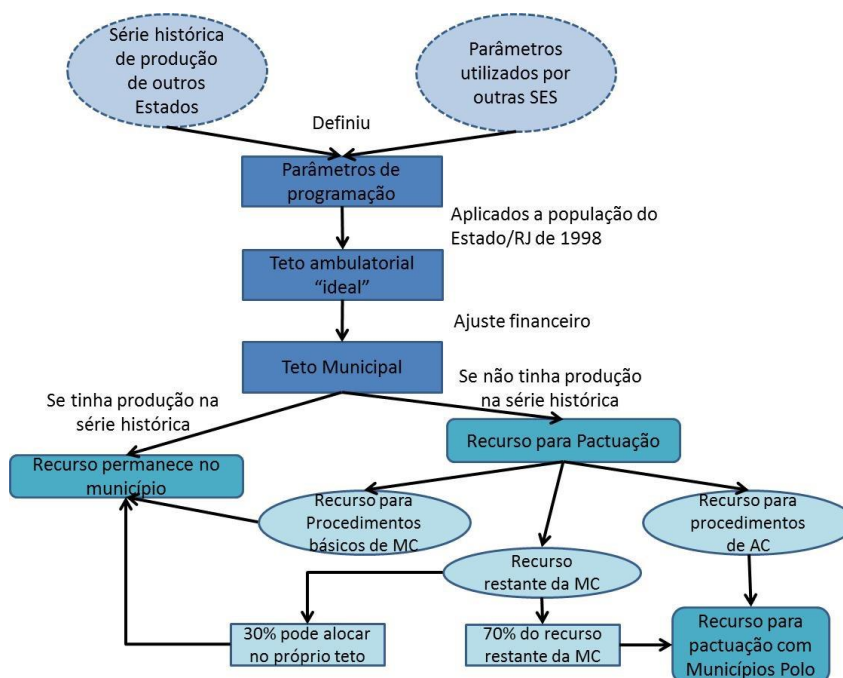
Os recursos previstos a partir desta metodologia foram definidos mediante observação de históricos de produção dos municípios do nosso Estado, e divididos em um montante destinado aos procedimentos em que eles tinham capacidade de execução e outro para os procedimentos não realizados; este último destinado à pactuação com os municípios-polo, detentores de capacidade instalada.

Os recursos para pactuação poderiam ser alocados de três formas, conforme nos relatam Albuquerque & Araújo (2002; p.193 e 194):

- “1) Para alguns procedimentos de média complexidade, então denominados Fração de Assistência Especializada (FAE), considerados pela CPPI como básicos, o recurso é alocado automaticamente no teto municipal;”* (como uma forma de incentivar a assistência)
- 2) Nos demais procedimentos da FAE, o município fica livre para alocar até 30% dos recursos a eles referentes diretamente no seu teto, devendo manifestar esta decisão expressamente na FPPI;*
- 3) Quanto aos procedimentos de alta complexidade e FAE (pelo menos 70%), o gestor decide para qual município vai referenciar esses procedimentos, estabelecendo pactos intermunicipais que são formalizados na FPPI.”*

Este processo pode ser melhor visualizado na Figura 1 a seguir:

Figura 2: Fluxograma da PPI ambulatorial de 1999



As pactuações aconteceram nas regiões em um processo lento. Para formalizar os acordos estabelecidos foi implantada a FPPI, preenchida por cada município, uma para a alta e outra para a média complexidade. Esta metodologia não foi aplicada a dois grupos tidos como prioritários pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite), pois tiveram tratamento próprio coordenado pela secretaria estadual: terapia renal substitutiva (TRS) e procedimentos hemoterápicos. Assim, os tetos ambulatoriais municipais eram compostos por cinco parcelas: PAB (piso da atenção básica – definido pelo Ministério da Saúde), FAE/ALTA parcial (parcela para a própria população nos procedimentos em que o município possuía capacidade instalada de execução), TRS, procedimentos hemoterápicos e referências intermunicipais. Este teto foi aprovado em reunião de CIB e passou a vigorar a partir de fevereiro de 1999 (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

Em 2001 é publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001/2002 (NOAS 01/02), onde a PPI é instituída em âmbito nacional. Nesta época, o Estado do Rio de Janeiro estava em posição de vanguarda pois já possuía uma PPI em funcionamento, ainda que apenas ambulatorial.

Ainda em 2001, no Estado do Rio de Janeiro, foi constituída uma outra CPPI que se reuniu para propor novos parâmetros de programação. Após intensa discussão, decidiu-se por utilizar a Consulta Pública do Ministério da Saúde do ano 2000³.

No início do trabalho foram feitas comparações entre os parâmetros do Ministério da Saúde e a produção do Estado para os anos de 2000 e 2001. Analisou-se também a evolução do teto financeiro da época (período de 1999 a 2001) que, segundo Albuquerque & Araújo (2002; p.199) evidenciava “*um aumento crescente dos gastos com os grupos de alta complexidade especial, obrigando a reajustes frequentes das parcelas do teto financeiro*”.

Os aumentos concedidos pelo Ministério da Saúde para a assistência de média e alta complexidade não acompanharam os gastos com as áreas prioritárias, o que levou, ainda de acordo com Albuquerque & Araújo (2002; p.200) a “*um estrangulamento dos outros grupos assistenciais de alta e da assistência de média complexidade*”.

Nesta mesma análise, Albuquerque & Araújo identificaram grandes saltos de crescimento do teto financeiro ambulatorial devido:

- à municipalização de unidades federais (principalmente no município do Rio de Janeiro);
- ao aumento de recursos para a assistência da psiquiatria (pela política de desinstitucionalização);
- à incorporação de procedimentos que tinham financiamento FAEC (fundo de apoio estratégico e compensação) e passaram a incorporar o teto (teto MAC).

Os ganhos obtidos pela PPI ambulatorial, principalmente no que tange às pactuações de procedimentos, foram inegáveis, levando a pensar que a população fluminense pode ter tido aumento no acesso para esses procedimentos; porém nenhum mecanismo para mensurar e, conseqüentemente, comprovar esse aumento, foi desenvolvido ou utilizado.

Alguns fatores dificultaram o processo de revisão da metodologia de programação, tais como, o tempo curto para proceder a uma discussão ampla e participativa de todos os entes envolvidos, e as dificuldades inerentes à complexidade nas negociações político-regionais para as pactuações.

A principal característica desta PPI, após sua implementação, era a de uma programação centrada no componente físico dos procedimentos, porém com execução pelo componente financeiro (ALBUQUERQUE & ARAÚJO, 2002).

³ Esta consulta pública daria origem à Portaria de parâmetros assistenciais nº1.101 de 2002.

Alterações pontuais da PPI, mediante solicitações de repactuação pelos gestores, podiam ocorrer a qualquer tempo, devendo ser apresentadas nas reuniões de CIB, o que gerava alterações dos tetos financeiros municipais.

As limitações nesta PPI ambulatorial, identificadas na época, eram principalmente: o valor financeiro insuficiente do teto MAC ambulatorial e o baixo valor de tabela para os procedimentos de média complexidade, o que levava a uma redução na oferta destes serviços frente às demandas assistências da população.

O acompanhamento da programação foi facilitado pelo desenvolvimento por parte da SES-RJ do *software* SCPPI (Sistema de Controle de Programação Pactuada e Integrada). O sistema permitiria alterar as FPPIs sempre que solicitadas pelos gestores, e atualizar a tabela de procedimentos SIA/SUS sempre que necessário.

No entanto, o *software* careceu de manutenção. Como consequência, atualizações de valores de tabela nunca foram realizadas, com o passar do tempo a defasagem de valores era tamanha que a pactuação física dos procedimentos tornou-se irrelevante, pois considerava-se o montante financeiro pactuado para execução. Perdeu-se o objetivo de trazer clareza para o usuário e para o gestor quanto aos fluxos assistências entre os municípios, enfraquecendo paulatinamente o papel programático da PPI.

O setor de controle e avaliação estadual era tido como central para retroalimentar a PPI, porém ele não evoluiu conforme preconizava a NOAS e se esperava no setor de programação. Entendemos que o papel de retroalimentar a programação é função prioritária do setor de regulação. Assim, a verificação e correção das distorções na produção em relação aos parâmetros estaduais de programação não eram realizadas a contento. A programação e seus parâmetros não evoluíram significativamente ao longo da primeira década do século XXI.

A partir de 2002 não ocorreram mais revisões gerais da PPI, seja em seus parâmetros assistenciais, seja nas pactuações. Este fato, aliado a não atualização do SCPPI, tornaram no decorrer da primeira década deste século, esta PPI ambulatorial, que fora um marco inovador de gestão do SUS no início dos anos dois mil, com o Estado do Rio de Janeiro tendo sido um dos primeiros a ter uma PPI implementada e funcionando, em um factóide.

Na esfera nacional, o processo de implantação da PPI carecia de maior aprimoramento técnico, convencimento e adesão de municípios e estados, além de instrumentos de monitoramento e avaliação mais efetivos. Estas foram questões que se mostraram limitantes no desenvolvimento da PPI no período de 2001 a 2005; o que não confirmou as previsões feitas por Souza (2001; p.455):

“Espera-se que, até o final de 2001, os estados encaminhem à Comissão Intergestores Tripartite seus Planos Diretores de Regionalização, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde, e os produtos da PPI.”

No final de 2003, o Centro de Programação em Saúde (CPS), setor da SES-RJ responsável pela programação naquele momento, fez uma nova tentativa de desenvolver uma PPI assistencial em nosso Estado, tomando por base o projeto: Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998. Este dispositivo foi desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, durante o período de outubro de 2000 a outubro de 2002, e se utilizou:

“de um conjunto de métodos desenvolvidos pelo Estudo de Carga Global de Doença que foram adaptados ao contexto nacional e fez amplo uso das diferentes bases de dados nacionais, incluindo pela primeira vez, estimativas de incidência, prevalência, duração, mortalidade e carga de doença para um conjunto de categorias de doenças e incapacidades” (ENSP, 2002; p6)⁴.

Nesta nova tentativa de desenvolver uma metodologia para a programação assistencial, utilizou-se o mesmo indicador do projeto Carga de Doença do Brasil - DALY (*“Disability Adjusted Life Years”* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade). O principal objetivo deste indicador é *“medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos”* (ENSP - 2002 p.14)⁵. Com isso, o DALY é capaz de avaliar o conceito de anos potenciais de vida perdidos por morte prematura, associando-o com os anos equivalentes de vidas saudáveis perdidos devido a problemas de saúde ou incapacidade⁶.

O intuito do CPS era utilizar as tabelas desenvolvidas pela ENSP, que listava as patologias classificadas pelo CID X (classificação internacional de doenças em sua 10ª edição), de acordo com o seu DALY calculado para o Estado do Rio de Janeiro. Desta maneira seria possível ter uma noção razoável da epidemiologia que afeta a saúde da população fluminense.

Seriam escolhidas as patologias com maior índice de DALY e a proposta era definir os principais procedimentos envolvidos em seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Esta

⁴ Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998.

⁵ Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998.

⁶ Apesar de ser de fácil compreensão, seu cálculo é bastante complexo e foge aos objetivos deste trabalho.

metodologia se aproximaria de uma linha de cuidado. Posteriormente, se quantificaria os procedimentos pela população dos municípios e só então se atribuiria valor, aplicando os valores de tabela SUS.

Esta proposta não foi implementada devido a sua grande complexidade, escassez de recursos humanos qualificados no CPS, tempo necessário para o seu desenvolvimento (nesta altura - ano de 2004 para 2005), e a conjuntura política na SES-RJ, que demandava resultados mais rápidos do que esta proposta era capaz de fornecer.

Uma nova proposta de aplicação mais imediata foi desenvolvida no ano de 2006, agora apenas para a assistência hospitalar pois, mesmo defasada, a PPI ambulatorial de 1999 ainda vigorava⁷. A metodologia aplicaria os parâmetros da Portaria nº1.101 de 2002 (BRASIL, 2002c) para a assistência hospitalar em cada município. A programação seria realizada calculando o número de internações por especialidades hospitalares, conforme apresentado na Tabela 1.

⁷ Esta vigorou até a aprovação da nova PPI em outubro de 2011.

Tabela 1 - Fórmula para o cálculo do número de internações, por especialidade, para determinada população no ano

INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE	FÓRMULA
Cirúrgica	(População X %intern da pop) X 20%
Clínica Médica	(População X %intern da pop) X 33%
Cuidados Prolongados (crônicos)	(População X %intern da pop) X 0,80%
Obstétrica	(População X %intern da pop) X 20,25%
Pediátrica	(População X %intern da pop) X 15%
Psiquiátrica	(População X %intern da pop) X 3,50%
Reabilitação	(População X %intern da pop) X 1,08%
Tisiologia	(População X %intern da pop) X 0,13%
Fator de Ajuste *	(População X %intern da pop) X 6,24%
TOTAL	100%

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGCA/2000 (BRASIL, 2002c)

Em um segundo momento, mediante estudo da serie histórica da produção, obteve-se o valor da AIH (Autorização para Internação Hospitalar) média estadual de cada especialidade, e multiplicou-se este pelo número de internações, obtendo-se o valor a ser programado. Um ajuste pelo percentual de internação da população poderia ser feito, para promover a adequação do valor encontrado ao limite financeiro disponível, pois não teríamos aumento de recursos para o teto MAC.

Inicialmente foram construídos dois cenários, um para o parâmetro mínimo do percentual de internação da população previsto pela portaria 1.101 que era de 7%, e outro para o percentual obtido pela produção no ano de 2005, no Estado do Rio de Janeiro, que foi de 5,68%.

Posteriormente, os municípios teriam à sua disposição um quantitativo físico e financeiro para ser programado, que seria comparado à sua serie histórica de produção, dando subsídios ao gestor municipal para decidir o que era necessário pactuar e o que seria possível realizar no próprio município.

Duas oficinas de pactuação regionais foram realizadas: nas regiões Metropolitana II, em maio de 2006 e Noroeste, em junho de 2006. No entanto, o processo foi paralisado antes de sua conclusão, pois a SES-RJ e o COSEMS-RJ não aderiram à esta proposta capitaneada pelo CPS, porque iniciava-se um movimento em direção à adoção da nova metodologia desenvolvida e apresentada neste mesmo ano pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), que trouxe para o centro das ações o SISPPI.

O desenvolvimento desta metodologia de programação e do SISPPI, por parte do Ministério da Saúde, aumentou a pressão para que a PPI ambulatorial de 1999 fosse abandonada e substituída por esta “nova” PPI, agora não só ambulatorial, mas também hospitalar, ou seja, uma programação para toda a assistência do bloco de financiamento MAC.

No final do ano de 2007, técnicos do setor de programação estadual iniciam contatos com o setor de programação pactuada e integrada, pertencente à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, a fim de conhecer o instrumento de programação SISPPI e os caminhos para adotar esta metodologia em sua programação estadual.

Os trabalhos só se iniciam no primeiro semestre de 2008 e perduram até o ano de 2009, devido à grande complexidade do processo e a contínua escassez de recursos humanos para desenvolvê-lo.

Após ter o trabalho de alimentação do SISPPI e, conseqüentemente, a programação praticamente concluída, o COSEMS-RJ comunicou que não aprovaria a proposta quando esta fosse levada à reunião da CIB-RJ. Sem essa aprovação, a proposta não poderia ser enviada ao Ministério da Saúde para que vigorasse. O motivo alegado pelo COSEMS-RJ era de que muitos municípios teriam seu teto financeiro do bloco de financiamento MAC reduzido. O conjunto de gestores municipais não aceitava que nenhum município tivesse seu teto reduzido, alegando que este já estava defasado frente ao custo na assistência à saúde.

Como a metodologia aplicaria indicadores e parâmetros para redistribuir os recursos federais MAC do estado do Rio de Janeiro, e estes não sofreriam aumentos por parte do Ministério, era claro que alguns municípios deveriam perder recursos para que outros ganhassem. Somente desta maneira as distorções históricas de programação poderiam ser corrigidas. Diante do impasse, todo o processo foi abandonado.

Uma nova tentativa de implementar o SISPPI só veio a ocorrer no final de 2010. Os trabalhos foram iniciados a partir do início de 2011, e ao longo deste ano, a metodologia foi desenvolvida, sendo aprovada em reunião da CIB-RJ de outubro de 2011.

O setor de programação estadual atua na implantação, monitoramento, controle e avaliação da PPI da assistência. Desta maneira, é definida a programação física e financeira dos procedimentos de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, gerando mensalmente, o teto financeiro dos municípios e do Estado do RJ (dos recursos MAC federais).

A programação estadual também atuou junto aos municípios, auxiliando no processo da programação municipal, treinando e capacitando os técnicos municipais para o trabalho com a PPI e seu *software* de gerenciamento no módulo municipal. Esta tarefa nem sempre é profícua, devido à alta rotatividade dos técnicos dos municípios. Quando os profissionais estão capacitados e entendendo bem a PPI são substituídos, normalmente devido a motivações políticas. Os técnicos que saem levam consigo seu *Know-how* e, não raramente, as informações de programação. Com isso, o Estado tem que capacitar e instrumentalizar constantemente os municípios fluminenses, em um trabalho repetitivo e contraproducente.

A implementação do SISPPPI, no final de 2011, ocorreu sem o atendimento pleno de todos os eixos orientadores. No entanto, a principal crítica que se faz é a grande dificuldade de realizar sua manutenção. Alterações pontuais de programação são muito complicadas de serem realizadas. Estas alterações são fruto principalmente de publicações de Portarias, pactuações de novas redes assistenciais, credenciamento de novos serviços ou alterações de pactuações municipais (especialmente quando por abrangência).

Atualizações de *software* também requerem enorme trabalho, semelhante à realização de uma nova programação geral. Por este motivo, desde 2011 o sistema não foi atualizado, gerando distorções de programação.

Além disso, o SISPPPI não é capaz de atender as demandas originadas pela publicação do decreto 7508 de 28 de junho de 2011, que apresenta o contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP), principalmente no que tange a relação nacional de ações e serviços de saúde (RENASES). Para isso, um novo sistema está sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o SISPGASS⁸ (Sistema de Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde), que incorporará as informações e metodologia do SISPPPI.

⁸ A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é um dos instrumentos do planejamento da saúde, consistindo em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional.

Programação de cirurgias cardíacas no estado do Rio de Janeiro

As cirurgias cardíacas têm historicamente um papel relevante nos recursos públicos empregados na assistência hospitalar, em esfera nacional e estadual. Para contextualizar esta situação, o Brasil gastou para o ano de 2013, em internações por cirurgia do aparelho circulatório, R\$1.522.441.829,18 e o estado do Rio de Janeiro R\$83.796.786,55⁹, conformando 23,93% e 25,89% respectivamente, do valor total gasto no período em cirurgias.

O SISPPI norteou a programação das ações e recursos financeiros em cirurgia cardíaca no estado do Rio de Janeiro, a partir de outubro de 2011.

A metodologia empregada para a programação das ações de saúde no SISPPI era realizada de duas maneiras: por referência ou por abrangência.

A primeira é ascendente, ou seja, parte dos municípios solicitantes. Nela, mediante os parâmetros técnicos, epidemiológicos e principalmente populacionais e de histórico de produção, é constituído o montante físico e financeiro que cada município tem direito de executar, para seus munícipes, para cada procedimento do bloco de financiamento MAC programado por referência. O município avalia sua capacidade instalada e de produção, e decide o que será executado por seus prestadores e o que será pactuado com outros municípios (BRASIL, 2006c).

A segunda é descendente, partindo dos municípios executores. Mediante parâmetros estabelecidos previamente, é definido o montante físico e financeiro que cada município-polo de assistência tem para realizar procedimentos programados por abrangência. Após esta fase, é definido quais são os municípios e o percentual de população que será abrangida ao polo. O fato de ocorrer mudança de referências, não altera (ou não deveria alterar) o limite financeiro dos polos, que é constante. A definição das referências, neste caso, é função da gestão estadual (BRASIL, 2006c). É comum que este tipo de programação seja realizado para as redes de assistência.

Toda a assistência de alta complexidade, seja hospitalar ou ambulatorial, é programada obrigatoriamente por abrangência, o SISPPI já é entregue aos Estados com esta determinação pré-definida, não sendo possível alterá-la no sistema. Esta é uma orientação do Ministério da Saúde.

⁹ Dados retirados do DATASUS / Sistema de Informação Hospitalar.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em 16/04/2014).

Logo, a rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade está programada no SISPPI por abrangência. Os principais parâmetros utilizados para sua programação física e financeira se basearam em históricos de produção. O próprio sistema já trazia o parâmetro de utilização referente ao ano de 2010, que serviu de base para nossa programação.

O gestor estadual da rede promove atualizações rotineiras dos valores pagos aos prestadores. Não existe uma periodicidade pactuada para estas atualizações, no entanto, elas não ocorrem em intervalos muito longos.

De maneira geral, o que rege a correção de valores, tanto financeiros quanto de frequência, é o histórico de produção do último período disponível no sistema de informação hospitalar (SIH), analisado individualmente para cada prestador. A crítica a este processo raramente se dá por indicadores técnicos e sim pela disponibilidade de recursos financeiros.

Ao concluir este capítulo, apresentamos o marco regulatório da PPI no SUS e seu histórico no Rio de Janeiro. Neste histórico exibimos a PPI ambulatorial de 1999, as tentativas de implantação de novas metodologias com o projeto carga de doenças no Brasil e com os parâmetros hospitalares da portaria 1101, até culminar com a utilização do SISPPI em 2011. Concluimos o capítulo apresentando a lógica da programação para a cirurgia cardíaca de alta complexidade, em especial no estado do Rio de Janeiro.

Percebemos, pela nossa experiência pessoal, que historicamente no Rio de Janeiro, a PPI atuou mais como distribuidora de recursos financeiros, em grande parte devido à utilização, quase que única, de indicadores de histórico de produção; do que como agente de mudança do perfil assistencial e das necessidades de serviços de saúde da população fluminense. Esta deveria ser a nossa ver, uma de suas principais atribuições: se comportar como indutora de mudança.

Após a implantação da PPI, é necessário analisar se os parâmetros dimensionados neste processo são coerentes com as necessidades de acesso da população. Uma maneira de realizar esta análise é confrontar os dados estaduais de programação, obtidos pelos parâmetros da PPI, com a regulação estadual (RE).

CAPÍTULO III

REGULAÇÃO E PPI

A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde devem ser de responsabilidade do Estado e é necessário que os governos assumam seu papel regulador e atuem para garantir as condições da adequada prestação de serviços no setor saúde. (CONASS, 2011a)

Após mais de vinte anos de implantação do SUS, um dos grandes desafios que se enfrenta hoje é a organização da atenção e assistência à saúde, que entre outros, necessita promover a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. A regulação se apresenta como ferramenta essencial neste processo¹⁰.

O conceito de regulação é muito amplo e empregado em diferentes áreas do conhecimento. Aplicado ao setor saúde, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. Segundo Andreazzi et al (2003; P.5), “*no campo da saúde o principal objeto da regulação é o sistema de saúde como um todo, uma vez que a saúde é considerada, constitucionalmente, como um bem essencial e de relevância pública*”. Em relação à regulação em saúde, Oliveira e Elias (2012) identificam uma gama ampla de definições, com vários significados, abordagens e finalidades aplicáveis ao sistema de saúde brasileiro. Estes autores classificaram de maneira sistemática os principais conceitos de regulação em saúde empregados em publicações brasileiras sobre gestão em saúde, e abordam quatro ideias principais: controle, equilíbrio, adaptação e direção.

O controle é a ideia mais comum nas publicações nacionais; relaciona regulação com atividade de ajustamento e regramento. Quando estas concepções aparecem combinadas, a ideia de controle geralmente está presente. O equilíbrio relaciona a regulação com as ideias de conservação e correção e está fortemente associada à discussão do tema sobre o *mix* público-privado. A adaptação relaciona-se com as ideias de interação e transformação. Traz em si a percepção de que a regulação é vista como uma atividade de compatibilização a normas e regras ou que influencia nas mudanças destas normas e regras, permitindo suas atualizações. Por fim, a ideia de direção está intimamente ligada à dimensão política, às atividades de planejamento e formulação de políticas públicas. Relaciona-se com as ideias de negociação e comando, enxergando a regulação para além da noção de correção e controle.

¹⁰ Diagnóstico Regulação 2013 – texto interno da Superintendência de Regulação / SES-RJ.

A associação de conceitos mais comum nas publicações brasileiras pesquisadas por esses autores é entre as ideias de controle e de direção. O conceito de regulação empregado por eles se relaciona diretamente à configuração do sistema de saúde brasileiro. Identificam-se assim dois grupos conceituais:

- subsistema público, onde as principais ações de regulação são o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde e regulamentação, e elaboração de regras.

- subsistema privado, onde a regulação é concebida como a correção de falhas do mercado da saúde.

Segundo Santos e Merhy (2006; p.28), *“a regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução”*, o que corrobora com ações propostas por Oliveira & Elias (2012) para o subsistema público.

Nos autores pesquisados por Oliveira e Elias, a regulação é apresentada como uma atividade de Estado, vinculada a funções normativas, administrativas, econômicas, políticas e de governança, e segundo eles, de acordo com texto do informativo anual da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) (apud OLIVEIRA e ELIAS, 2012; p 572): *“a regulação é função de governança dos sistemas de saúde; ela está atrelada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde”*. Nesse sentido, regulação é a intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas no mercado, na prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde (CONASS, 2011a)

Logo, a regulação estaria intimamente vinculada à função do Estado, seja no seu exercício de gestão técnica e política, seja na sua relação com a iniciativa privada, cada vez mais presente no sistema de saúde brasileiro. Sem o casamento adequado das questões técnicas com as políticas e da gestão do setor privado, a garantia dos princípios do SUS para a população brasileira poderia ficar prejudicada. É nesta vertente que a discussão da regulação em saúde no SUS ganha corpo e importância.

“A regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população” (MENDES, 2002, apud CONASS, 2011a; P.18)

Neste sentido uma definição importante para compreender a Regulação no SUS é a de Regulação da Atenção à Saúde. Esta está centrada na produção de todas as ações diretas e finais relacionadas à Atenção à Saúde, dirigidas aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem desde a contratação, a regulação assistencial e o controle assistencial até a avaliação da Atenção à Saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (CONAS, 2011a).

Embora os conceitos se assemelhem, existe uma diferença entre os de regulação assistencial e de acesso. O primeiro se reporta a um conjunto de ações e atividades e inclui a regulação do acesso. A regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador e a regulação assistencial é uma prerrogativa do gestor.

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui determinada é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população, e não na disponibilidade de oferta. (CONASS, 2011a; p.23)

A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI).

“Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles.” (CONASS, 2011a; p.23).

A regulação assistencial é regida por quatro linhas de força: o Estado, os serviços privados, os trabalhadores da saúde e os usuários; caracterizando um sistema repleto de tensões, próprio de um cenário complexo e que contempla diferentes sujeitos no curso da sua ação.¹¹ Tem por função manter a atividade de assistência à saúde em funcionamento, respeitando suas características técnicas, aspectos financeiros de mercado e a necessidade dos usuários. De acordo com Ortiz (2005; p.03):

¹¹ Diagnóstico Regulação 2013 – texto interno da Superintendência de Regulação / SES-RJ

“A finalidade essencial da regulação é manter a atividade em funcionamento dentro de alguns parâmetros fixados. No essencial o regulador social funciona igual a um regulador físico, como o de uma caldeira a vapor: maneja forças importantes impedindo que ultrapassem determinados umbrais críticos (temperatura, pressão, velocidade, no caso dos reguladores físicos) para não pôr em perigo a estabilidade do sistema e para que possa funcionar eficientemente.”

Essas palavras estão de acordo com a Política Nacional de Regulação, regida pela portaria GM 1.559 de 01/08/08 (BRASIL, 2008), que tem por objetivo implementar ações que incidam sobre os prestadores públicos e privados, contribuindo com a melhoria do acesso, a integralidade e a qualidade da atenção, a resolubilidade e a humanização destas ações. Em conformidade com o processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação desta Política em todas as unidades federadas (CONASS, 2011a).

A Política de Regulação em saúde no SUS também pode ser considerada como um processo dinâmico, de contínua construção, que deve ser condizente com as diretrizes e princípios do SUS de universalidade e equidade no acesso e de integralidade nos cuidados. Ela se fortalece na medida em que é capaz de dar respostas adequadas aos problemas e necessidades de saúde da população.

As diretrizes da regulação no Pacto pela Saúde estabeleceram os seguintes princípios orientadores do processo de regulação:

- “a. cada prestador responde apenas a um gestor;*
- b. a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede da assistência pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando o termo de compromisso de gestão do Pacto e os seguintes princípios:*
 - b.1 da descentralização, municipalização e comando único;*
 - b.2 da busca da escala adequada e da qualidade;*
 - b.3 a complexidade da rede de serviços locais;*
 - b.4 a efetiva capacidade de regulação;*
 - b.5 o desenho da rede estadual da assistência;*
 - b.6 a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS;*
 - b.7 a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes;*

b.8 a operação dos complexos reguladores, no que se refere à referência intermunicipal, deve ser pactuada na CIB...”

(CONASS, 2011a; p.25).

A proposta da Política Nacional de Regulação está focada em três eixos estruturantes: a garantia de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores da Assistência, o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e o desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006d).

Os instrumentos de apoio para o desempenho das funções de regulação da assistência são:

*“» Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
» central de regulação, destinada a análise e deliberação imediata sobre problemas de acesso do paciente aos serviços de saúde;
» protocolos clínicos, que definem o elenco de recursos terapêuticos mais adequados para cada situação clínica;
» complexos reguladores com centrais de leitos, consultas especializadas e exames, destinados ao atendimento da necessidade de consultas, exames e internação de pacientes, permitindo o acompanhamento da PPI e das referências;
» comissões autorizadoras de procedimentos de alta complexidade e de internações, para organizar os processos, mecanismos de controle e avaliação e as referências desse elenco de procedimentos;
» manuais dos sistemas de informação;
» indicadores e parâmetros assistenciais de necessidade de oferta de acordo com as necessidades de saúde e de produtividade;
» instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação do usuário” (CONASS, 2011a; p. 29).*

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde com relação à sua área física, recursos humanos, equipamentos e serviços hospitalares e ambulatoriais. É o suporte para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, além de propiciar ao gestor, o conhecimento da rede assistencial existente, auxiliando no processo de planejamento, programação, controle e avaliação. Também auxilia no acompanhamento da realização dos procedimentos, ao fornecer a capacidade instalada do prestador para compará-la com a apresentação da fatura de serviços (CONASS, 2011a).

Outro eixo da Política Nacional de Regulação é a constituição de Complexos Reguladores, que têm como principal objetivo aperfeiçoar e estruturar a relação oferta/demanda, qualificando o acesso da população ao SUS e respondendo, assim, às

necessidades reais por serviços de saúde. Estes complexos são compostos por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que recebem as solicitações de atendimento, as processam e promovem seu agendamento. Deste modo, buscam adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde da população (BRASIL, 2006d). Os complexos reguladores são considerados uma estratégia da regulação de acesso (CONASS, 2011a).

“Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização”

(BRASIL, 2006d; P.13).

A implantação de complexos reguladores pode ser de abrangência estadual, regional e/ou municipal, e tem como objetivo formar uma rede integrada de informações relativas à oferta de serviços, para propiciar melhoria no acesso, controle e avaliação dos serviços de saúde. Além disso, destaca-se por subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (CONASS, 2011a).

Para apoiar e facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores, em 2001, a Secretaria de Assistência à Saúde, em parceria com o Datasus, desenvolveu o sistema de informação on-line SISREG. É um *software* que permite o desenvolvimento de soluções de parâmetros locais. A utilização do SISREG não é obrigatória pelos estados e municípios, somente é implantado nas secretarias que o solicitam, tendo sua manutenção assegurada pelo próprio Datasus.

Regulação Estadual do Rio de Janeiro

A atuação da Regulação Estadual (RE) do Rio de Janeiro, remete prioritariamente à ideia de controle, onde esta é concebida como atividade. A discussão é centrada na ideia de acessibilidade, a RE exerce o controle de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, em acordo com o que afirmam Santos e Merhy (2006; p.09): *“a intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços, nos seus diversos aspectos, pode ser caracterizada como mecanismo de regulação”*.

Cabe salientar que além de adotar uma concepção mais limitada, apenas de controle de acesso, a maior parte dos procedimentos e ações de saúde no estado do Rio de Janeiro, ainda não estão regulados. Os serviços estão se estruturando, a principal carência é de recursos humanos, mas também de *know-how* para organizar as ações do setor¹².

Como muitos dos serviços de saúde são executados pelo setor privado, necessário para a complementaridade assistencial, mais especificamente na alta complexidade (que tem valores de tabela mais altos), passa-se a ter um custo mais elevado para o Estado. Ou seja, *“a perspectiva da ação regulatória se reveste de importância capital em virtude da defesa da concorrência no mercado e do interesse público no que se refere à assistência suplementar a saúde”* (ANDREAZZI et al, 2003; p.05). Com isso, outro conceito também percebido é o do equilíbrio que promove a discussão do mix público-privado:

“A finalidade deste controle, desta busca pelo equilíbrio, como já visto é a correção de falhas do sistema (SUS e mercado de saúde suplementar), sobretudo para garantir o acesso dos cidadãos a uma rede de saúde que possa ofertar um equilíbrio das relações entre os produtores e os consumidores”. (BOAVENTURA, 2010).

A ideia de direção também é percebida, já que as centrais de regulação são cenários de forte embate político, inclusive com favorecimentos que ultrapassam a questão técnica, que deveria ser central neste contexto. Idealmente, para regular devemos associar o conhecimento técnico com o de gestão, para buscar a melhor solução que o sistema pode ofertar às necessidades de saúde apresentadas.

¹² Conversa informal com dirigentes da SES-RJ.

A rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade se encaixa perfeitamente nessas definições, por ser prioritariamente (exceto o município do Rio de Janeiro)¹³ exercida por prestadores privados, onde a principal ação da RE é controlar o acesso dos usuários, muitas vezes por meio da “fila” de espera dos pacientes, mediante utilização dos indicadores de programação da PPI, de critérios clínicos de gravidade e de questões políticas entre os gestores envolvidos.

A fila para alguns procedimentos é ainda extensa, principalmente para os procedimentos de cirurgia cardiovascular com abertura de parede torácica, como a revascularização do miocárdio. Nestes casos a tabela do SUS não é favorável e a cirurgia é mais complexa, com um tempo maior de recuperação e maior utilização de UTI, o que reduz a rotatividade do leito, diminuindo assim a atratividade do procedimento para os prestadores privados e consequentemente aumentando a fila.

Conforme Manual de Implantação dos Complexos Reguladores (BRASIL, 2006d), as Centrais de Regulação são classificadas em Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Internações e Central de Regulação de Consultas e Exames. No entanto, no estado do Rio de Janeiro, não trabalhamos ainda com essa divisão das Centrais de Regulação conforme a classificação acima. As Centrais de Regulação da SES-RJ se articulam com as Centrais de Regulação de outros entes da federação, configurando os Complexos Reguladores.

O Complexo Regulador Estadual é composto pela Central Estadual de Regulação e pelas Centrais Estaduais Regionais de Regulação da SES/RJ, ambas com gestão da Secretaria de Estado da Saúde. A primeira regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual. Faz a intermediação do acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, em território do Estado do Rio de Janeiro.¹⁴

A segunda regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermedia o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, em território regional; e na referência interregional, em território estadual.¹⁴

¹³ Os serviços de cirurgia cardiovascular no município do Rio de Janeiro são oferecidos prioritariamente pelas unidades hospitalares federais.

¹⁴ Regulação do acesso às ações e serviços de saúde, 2013– texto interno da Superintendência de Regulação / SES-RJ.

As Centrais Estaduais Regionais estão localizadas nas seguintes regiões e municípios:¹⁵

- Norte Fluminense - Campos dos Goitacazes
- Noroeste Fluminense - Itaperuna
- Centro-Sul Fluminense – Três Rios
- Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande – Volta Redonda
- Serrana – Teresópolis
- Metropolitana I – Rio de Janeiro
- Metropolitana II – Rio de Janeiro
- Baixada Litorânea – Cabo Frio

Destacam-se entre as atribuições do Complexo Regulador Estadual:¹⁵

- I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde sob gestão estadual;
- II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
- IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco;
- V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Ao estabelecer a relação das ações do Complexo Regulador Estadual com a rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade, destacam-se: na Central Estadual a regulação da cirurgia cardíaca pediátrica e na Central Estadual Regional a regulação dos demais procedimentos de alta complexidade em cardiologia (cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares, eletrofisiologia). (BRASIL 2006c)

Na sua relação com a PPI podemos destacar as ações da RE: regular as referências intermunicipais, na figura do gestor estadual, e subsidiar as repactuações na PPI. Seria também função da regulação zelar pelo cumprimento dos termos de garantia de acesso, no entanto, estes não foram assinados até o momento em nosso estado.

O município do Rio de Janeiro, principal polo executor da rede de cirurgia cardíaca do estado (é o principal polo executor para quase todas as linhas assistenciais), iniciou primeiramente as ações regulação para suas redes assistenciais, adotando o SISREG.

¹⁵ Regulação do acesso às ações e serviços de saúde, 2013– texto interno da Superintendência de Regulação / SES-RJ.

Como descrito na publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011a), a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país, e cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte à realidade do estado e dos municípios envolvidos.

Neste contexto, a Secretaria de Estado de Saúde desenvolveu seu próprio *software* de regulação, o SER (Sistema Estadual de Regulação), que é adotado para todo o restante do estado do Rio de Janeiro. Essa dicotomização nos sistemas de gerenciamento de regulação gera um entrave significativo na gestão das redes assistenciais e, de maneira específica, por ser objeto deste trabalho, na rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade¹⁶.

Primeiramente, o Estado, que deveria encabeçar a gestão da alta complexidade não tem ingerência no SISREG, ficando o gerenciamento destas vagas exclusivamente a cargo do município do Rio de Janeiro. Depois, por ser um grande polo assistencial, o município do Rio de Janeiro acaba por ser executor de praticamente todas as regiões do estado, estas são obrigadas a solicitar vagas tanto no SISREG quanto no SER, gerando, entre outros problemas, duplicidade de solicitações. Por fim, o gerenciamento das informações de regulação fica fragmentado, não existindo relatórios únicos com dados compatíveis que permitam uma análise global da regulação estadual¹⁶.

Convém também salientar que o *software* da SES-RJ, que gerencia a regulação estadual na cardiologia, é relativamente novo, estando ainda em processo de desenvolvimento. Como qualquer novo produto de gerenciamento eletrônico necessita de aprimoramentos e de ajustes finos, que lhe darão melhor qualidade de gestão. O programa ainda é muito incipiente no que concerne a relatórios gerenciais, especialmente aqueles que retratam o histórico das operações de regulação¹⁶.

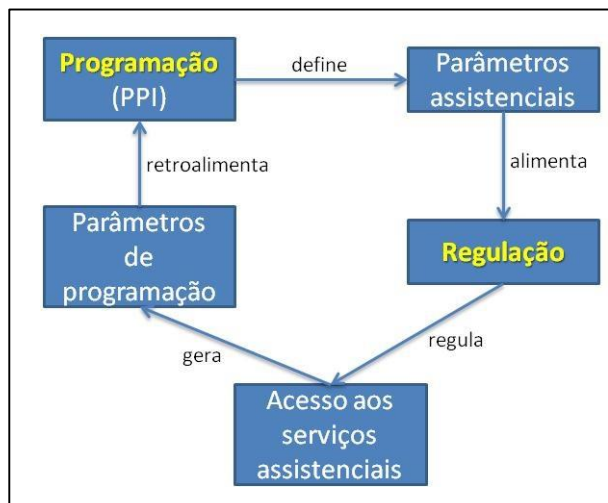
Frente às dificuldades e limitações apresentadas, este estudo visa trazer mais consistência aos dados de programação, desenvolvendo mecanismos de avaliar a representatividade destes, mediante a comparação de suas informações com as de regulação. Desta maneira, os esforços de manutenção e atualização da programação, um grande nó crítico, serão facilitados.

Sendo assim, a PPI alimenta (ou deveria alimentar) a Regulação Estadual (RE), que dá subsídios para, por exemplo, regular o acesso de usuários aos diversos serviços e ações de saúde. Por outro lado, os produtos da RE retroalimentam a PPI. Com ela é possível saber se de

¹⁶ Conversa informal com dirigentes da SES-RJ.

fato a programação realizada condiz com as necessidades de acesso da população aos serviços de saúde, ou seja; com o que está acontecendo na prática no funcionamento do SUS. A relação entre programação e regulação pode ser resumida na Figura 2:

Figura 3: Fluxograma da relação Programação/Regulação



Podemos dizer que a programação e a regulação em saúde deveriam trabalhar juntas em prol da qualidade e consistência da assistência à população, fazendo com que uma legitime a outra.

Ao término deste processo, seria possível contribuir para uma melhor racionalidade na utilização dos recursos em saúde, com maior transparência na gestão, conforme esquematizado na Figura 3:

Figura 4: Relação Programação/Regulação na gestão de saúde no SUS



Os assuntos abordados nos capítulos anteriores e apresentados neste, servem como embasamento para as discussões a seguir.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este trabalho se caracteriza, de acordo com Gil (1994), como uma pesquisa descritiva, que é aquela que expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Utilizamos para isso dados secundários, oriundos dos sistemas de informação de programação (SISPPI), estadual de regulação (SER) e de informação hospitalar (SIH). Estes levantamentos foram feitos via web, pelas páginas da secretaria estadual de saúde e do DATASUS, ou diretamente junto aos setores que alimentam estes sistemas.

Crítérios de eleição da rede assistencial como objeto de análise

Para conhecer como esta relação funciona na prática, com seus pontos positivos e negativos, elegemos uma área assistencial estratégica como piloto: a rede de assistência cardíaca cirúrgica de alta complexidade. Os critérios avaliados que a fazem ser considerada estratégica são:

- Relevância epidemiológica das patologias em que ela atua para o Estado Fluminense;
- Foi uma das primeiras redes assistenciais constituídas no Estado do Rio de Janeiro;
- Possui uma boa série histórica de produção;
- Possui prestadores de saúde, relativamente bem divididos entre as regiões de saúde do Estado (apesar de quantitativamente insuficientes);
- Está sob a atuação do SER;
- Está em consonância com a legislação federal que rege as redes assistenciais no SUS, regulamentada pela portaria GM 1.169 de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004).

A legislação atual que rege a rede estadual de cardiologia é a deliberação CIB-RJ nº 2.197 de 09 de maio de 2013 (RIO DE JANEIRO, 2013). As áreas assistenciais de atuação desta rede são a cirurgia cardiovascular, a cirurgia cardiovascular pediátrica, a cirurgia vascular, a cirurgia intervencionista, a cirurgia endovascular e a eletrofisiologia (CONASS, 2011b). Os dados foram coletados de forma consolidada por área assistencial pesquisada.

Revisão bibliográfica e documental

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados disponíveis para acesso online, como a Biblioteca Virtual em Saúde e o Scielo (Scientific Electronic Library Online) e de busca como Google Science sobre os principais temas envolvidos neste trabalho, especificamente programação pactuada e integrada da assistência (PPI da assistência), regulação em saúde e acessibilidade em saúde. Considerando que a associação temática trabalhada não apresentou quantitativo expressivo de publicações nas bases de dados e de busca consultadas, a seleção de trabalhos foi flexibilizada e complementada utilizando também indicações de especialistas e da orientadora deste trabalho, referências utilizadas nas aulas teóricas do curso de mestrado, bem como a consulta à listagem bibliográfica das referências já selecionados.

Além disto, selecionamos documentos oficiais do Ministério da Saúde, do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, que regulamentam a PPI, a regulação em saúde e a rede estadual de atenção cardiovascular, para melhor conhecer e descrever cada área temática sob sua ótica normativa. Para auxiliar na contextualização do estudo, trabalhamos o tema da atenção cirúrgica cardiovascular.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados de forma consolidada para cada área assistencial pesquisada. Como a disponibilidade de dados da regulação foram insuficientes, nossa análise foi centrada na comparação dos dados de programação com os de produção (faturamento), para assim avaliar o acesso da população à assistência à saúde. Os dados foram coletados diretamente nos sistemas de informação no período de janeiro de 2014 a junho de 2014, consolidados mês a mês, em uma série histórica de seis meses de evolução.

A rede de atenção cardiovascular passou a ser regulada apenas em outubro de 2013. Acreditamos que pelo fato de, nos primeiros três meses de implementação do sistema, pudéssemos encontrar problemas de adaptação dos técnicos que o alimentam, iniciamos a coleta apenas em janeiro de 2014.

Para os dados de programação fizemos a consulta no tabnet, acessável no site da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (www.saude.rj.gov.br).

Os dados de regulação foram consultados junto ao sistema estadual de regulação (SER), disponível no setor de atenção especializada, pertencente à mesma superintendência da programação, a SAECA (Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação). O SER é alimentado, e por isso também está disponível na Superintendência Estadual de Regulação. Lembramos que os dados de regulação ainda não se encontram em plataforma web, mas estão disponíveis para consulta de profissionais de saúde nos setores supramencionados.

Os dados de produção foram retirados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), disponível online tanto no tabnet estadual como no federal acessado neste caso no site do DATASUS (www.datasus.gov.br).

É importante mencionar que ao buscar os dados de regulação no Estado do Rio de Janeiro, nos deparamos com uma situação peculiar e limitante para este estudo: a regulação no Estado é realizada de maneira fragmentada, como já apresentado no capítulo de regulação. São utilizados dois *softwares* de gerenciamento distintos, que seguem linhas próprias de operacionalizar a regulação.

O município do Rio de Janeiro, primeiro a iniciar ações de regulação, adota o *software* do Ministério da Saúde, o SISREG. O restante do Estado utiliza o Sistema desenvolvido pela SES-RJ, o SER.

Os dados do SISREG não estão disponíveis para consulta aberta, o que dificultaria a construção do histórico das operações de regulação realizadas no município do Rio de Janeiro. Além disto, a consolidação das informações dos dois sistemas, por não existir interface entre eles, seria extremamente complicada e pouco confiável.

Como o objeto deste trabalho recai exatamente nas informações históricas referentes a rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade, entendemos que a compreensão da variável acesso, conceito central desta dissertação, ficaria prejudicada. Para minimizar esta situação, ampliamos a base de coleta de dados, desta maneira, foram utilizadas também os dados de produção, retiradas do banco de informações do SIHSUS.

Outra medida adotada para atenuar a ausência de dados das unidades assistenciais do município do Rio de Janeiro foi excluir, em algumas análises, aqueles de programação e produção e compará-los com os das internações reguladas pelo SER.

Realizamos também coleta de dados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), para identificar as unidades de saúde habilitadas junto ao SUS na realização de procedimentos de cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista.

Tabulação dos dados

Os dados secundários foram tabulados mês a mês e consolidados semestralmente e apresentados sob a forma de tabelas. Para otimizar essa análise, foram realizadas tabulações para duas áreas assistenciais eleitas na rede de cardiologia pesquisada: cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista. Essas áreas foram escolhidas por terem maior disponibilidade de estabelecimentos executores nas diversas regiões do Estado, e a possibilidade de dar uma visão mais ampla do comportamento da rede em todo o território estadual. Outro fator que motivou a escolha destas áreas é a superposição de demanda existente em em muitos casos, pelo mesmo perfil de pacientes principalmente no que concerne as cirurgias de revascularização do miocárdio (procedimento presente na cirurgia cardiovascular) e as coronarioplastias com colocação de *stents* (dispositivo usado na cardiologia intervencionista).

As tabulações foram realizadas para municípios executores, para regiões de saúde solicitantes (não era factível apresentar tabulações com os 92 municípios do Estado) e de migração, onde se cruza dados dos municípios executores e regiões solicitantes, só que neste caso apenas com consolidados semestrais.

Análise dos dados

Com as tabulações realizadas a partir dos dados secundários de cirurgia cardíaca e cardiologia intervencionista, foi possível calcular o percentual de execução dos dados programados de forma evolutiva, mês a mês, e com o consolidados semestrais e descrevê-los.

Essa análise foi realizada mediante a utilização dos quartis de distribuição percentual. Entendendo que o quartil é uma separatriz que divide uma distribuição numérica em quatro partes iguais, o objetivo das separatrizes é proporcionar uma melhor ideia da dispersão do conjunto, principalmente da simetria ou assimetria da distribuição (PIANA et al, 2009;

RODRIGUES, 1999¹⁷). A percepção da simetria entre os dados da PPI e do SER, da PPI e da produção e do SER e da produção foi o principal objetivo desta análise.

Consideramos como parâmetros para a análise:

- Concordância satisfatória - um percentual entre 75% e 100% (4º quartil);
- Concordância parcialmente satisfatória – percentual entre 50% e 75% (3º quartil);
- Concordância insatisfatória – percentual abaixo de 50% (1º e 2º quartis).

É importante salientar que em algumas análises identificamos percentuais acima de 100%, superando o esperado para o 4º quartil. Isto ocorreu sempre que a regulação foi superior a programação, ou quando a produção suplantou o valor programado e também o regulado. Quando tal situação ocorreu, por distanciar-se dos parâmetros dos quartis adotados por este trabalho, classificamos os indicadores como NA (não se aplica). Discutiremos o significado deste achado no capítulo de discussão.

Sobre os dados da rede de serviços habilitados para os procedimentos em estudo, realizamos a análise tomando por base os parâmetros da portaria SAS/MS nº 210 de 15 de junho de 2004, em seu anexo IV (BRASIL, 2004b).

Limitações observadas

As principais limitações que podem influenciar no resultado final do estudo são: a subnotificação de informações; as demandas espontâneas com pacientes atendidos sem terem sido regulados; alterações na PPI ao longo do período de coleta que não permitiriam uma série histórica linear e os mandados judiciais que perpassam a lógica técnica de programação.

A ausência de informações sobre cirurgias cardíacas reguladas pelo município do Rio de Janeiro, através do SISREG, também deve ser identificada como uma limitação à análise de comparação proposta por este trabalho. Em especial, devido à importância deste município na realização dos procedimentos analisados. O município do Rio de Janeiro é o principal polo

¹⁷ Medidas de Posição e Variação – Separatrizes / Manual Didático nº 2 (Rio de Janeiro-1999)
Pedro Carvalho Rodrigues - Pesquisador Titular III (INCA) e Professor de bioestatística UFF

executor do Estado para a maioria das áreas assistenciais. Na cirurgia cardíaca de alta complexidade, ele concentra a maioria dos prestadores credenciados no Estado.

RESULTADOS

Distribuição da cobertura de cirurgias cardiovasculares e de cardiologia intervencionista no estado do Rio de Janeiro

Para que a população fluminense obtenha êxito no acesso aos serviços de cirurgia cardíaca de alta complexidade é importante que exista disponibilidade de oferta desses serviços. Por esse motivo, ao analisar o acesso aos serviços de saúde habilitados para atender especificamente as cirurgias cardiovasculares e as cirurgias de cardiologia intervencionista, identificamos a necessidade de realizar um diagnóstico sobre a distribuição da oferta desses estabelecimentos no Estado do Rio de Janeiro.

Os dados presentes na tabela 2 foram construídos com base no CNES, com informações de dezembro de 2013 (imediatamente anterior ao início da análise dos dados de programação, produção e regulação), apenas para serviços que realizam os procedimentos em estudo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados também foram construídos pelos parâmetros da portaria SAS/MS 210 de 15 de junho de 2004, em seu anexo IV (BRASIL, 2004b), que relata a necessidade de um serviço para cada seiscentos mil habitantes.

Identificamos que a oferta atual encontra-se abaixo da necessidade, de acordo com os parâmetros utilizados, de maneira mais significativa na Região Metropolitana I, que concentra mais de 60% do total da população do Estado, incluindo o município do Rio de Janeiro.

As demais regiões possuem, de maneira geral, serviços em quantidade suficiente para suprir suas necessidades, a única exceção é a Região da Baixada Litorânea para cardiologia intervencionista com um déficit de um serviço.

Tabela 2: Parâmetros de cobertura de cirurgias (cardiovascular e cardiologia intervencionista) por regiões de saúde no estado do RJ, Brasil – dezembro de 2013.

		B. Litorânea			BIG			Centro Sul		
		População 677.869			População 260.130			População 298.276		
Serviços	Parâmetros	Nº Máximo de Unidades - Necessidade	Quantitativo Atual		Necessidade	Quantitativo Atual		Necessidade	Quantitativo Atual	
Cirurgia Cardiovascular	1:600.000/Portaria 210	2	3	Cabo Frio Campos (2)	1	1	Barra Mansa	1	1	Vassouras
Cardiologia Intervencionista	1:600.000/Portaria 210	2	1	Cabo Frio	1	1	Barra Mansa	1	1	Vassouras

		M. Paraíba			Noroeste			Norte		
		População 871.775			População 327.872			População 861.084		
Serviços	Parâmetros	Nº Máximo de Unidades - Necessidade	Quantitativo Atual		Necessidade	Quantitativo Atual		Necessidade	Quantitativo Atual	
Cirurgia Cardiovascular	1:600.000/Portaria 210	2	2	Barra Mansa Volta Redonda	1	1	Itaperuna	2	2	Campos
Cardiologia Intervencionista	1:600.000/Portaria 210	2	2	Barra Mansa Volta Redonda	1	1	Itaperuna	2	2	Campos

		METRO II			METRO I			Serrana		
		População 1.994.674			População 10.044.881			População 928.643		
Serviços	Parâmetros	Nº Máximo de Unidades - Necessidade	Quantitativo Atual		Necessidade	Quantitativo Atual		Necessidade	Quantitativo Atual	
Cirurgia Cardiovascular	1:600.000/Portaria 210	4	4	S.Gonçalo /Cabo Frio/ Niterói (2)	17	9	RJ (7)/ Dq. Caxias (1)/ Vassouras (1)	2	2	Friburgo Petrópolis
Cardiologia Intervencionista	1:600.000/Portaria 210	4	4	S.Gonçalo /Cabo Frio/ Niterói (2)	17	9	RJ (7)/ Dq. Caxias (1)/ Vassouras (1)	2	2	Friburgo Petrópolis

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA) – documento interno, 2014.

O município de Macaé foi habilitado pelo Ministério da Saúde apenas a partir de Março de 2014, recebendo recursos da programação a partir de junho de 2014.

Para complementar o diagnóstico sobre esta área assistencial, a tabela 3 apresenta os hospitais habilitados para o atendimento de procedimentos de cirurgia cardiovascular e de cirurgia de cardiologia intervencionista nominalmente, por município executor e região de saúde, conformando a rede de assistência em cirurgia cardíaca de alta complexidade.

Tabela 3: Distribuição da rede de assistência em cirurgia cardíaca de alta complexidade (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) no estado do RJ, Brasil – dezembro de 2013.

Região	Município	Serviços de Saúde	CNES	Serviços Habilitados	
				Cir Cardio-vascular	Cardio Inter-vencionista
Metropolitana I	Rio de Janeiro	HUPE	2269783	X	X
		HUCFF	2280167	X	X
		IECAC – FALMED	2269678	X	X
		Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras	2280132	X	X
		Hospital Servidores do Estado	2269988	X	X
		Hosp.Geral de Bonsucesso	2269880	X	X
		Hosp.Federal da Lagoa	2273659	X	X
	HUGG	2295415			
	Duque de Caxias	HSCor	536515	X	X
Metropolitana II	Niterói	HUAP	12505	X	X
		PROCORDIS	3443043	X	X
	São Gonçalo	Casa de Saúde São José dos Lírios	2297434	X	X
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clínica Santa Helena	2278170	X	X
Centro-Sul	Vassouras	Fundação Educacional Severino Sombra – H. Sul Fluminense	2273748	X	X
Média Paraíba	Volta Redonda	Hospital Vita	26050	X	X
	Valença	H.E .Luiz Gioseffi Jannuzzi	2292912	X	
	Barra Mansa	SCM Barra Mansa	2280051	X	X
Noroeste	Itaperuna	Hospital São José do Avaí	2278855	X	X
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Escola Álvaro Alvim	2287447	X	X
		Sta Casa da Misericórdia de Campos	2287382	X	X
	Macaé	Hospital Irmandade São João Batista de Macaé	2697041		X
Serrana	Petrópolis	Hospital Santa Teresa	2275635	X	X
	Nova Friburgo	Hospital São Lucas	2272695	X	X

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA) – documento interno, 2014.

Como ilustração, os anexos I a VI apresentam a deliberação CIB-RJ n° 2197 de 09 de maio de 2013 sobre a rede de cardiologia de alta complexidade (RIO DE JANEIRO, 2013); e os anexos VII a XII, apresentam tabelas internas da SAECA apontando o diagnóstico descritivo, por especialidade, da rede de assistência cardíaca integralmente no Estado do Rio de Janeiro.

Realização de procedimentos de cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista no estado do Rio de Janeiro.

Os dados a seguir são apresentados por municípios executores e por regiões solicitantes (tabelas 4 a 15), e refletem o perfil assistencial para o período de janeiro de 2014 a junho de 2014. As demais tabelas consolidadas estão disponíveis no item Apêndices.

Tabela 4: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por município executor no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Município executor	Percentual de execução do programado cardiovascular	Percentual de execução do programado intervencionista
Barra Mansa	60,97%	95,67%
Cabo Frio	46,03%	45,00%
Campos dos Goytacazes	86,45%	61,67%
Duque de Caxias	46,49%	174,87%
Itaperuna	145,35%	180,00%
Macaé	-	29,63%
Niterói	45,37%	71,82%
Nova Friburgo	86,84%	99,68%
Petrópolis	32,45%	153,79%
Rio de Janeiro	85,43%	139,27%
São Gonçalo	0,00%	111,72%
Valença	0,00%	-
Vassouras	20,97%	118,03%
Volta Redonda	57,63%	96,43%
Total	65,56%	108,68%

Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS.

Com base na tabela 4, percebemos uma execução mais significativa na cardiologia intervencionista em detrimento da cirurgia cardiovascular, exceção feita apenas no município de Campos que teve uma execução maior em cardiovascular.

O município de Itaperuna, na região noroeste do Estado, foi o único executor a ultrapassar os 100% de execução nas duas áreas assistenciais. Podemos apontar também Nova Friburgo e o Rio de Janeiro como municípios com execução coincidente com a programação, nas duas áreas assistenciais, por apresentarem percentual superior a 75%, considerado satisfatório para fins de programação.

Seguindo esta mesma lógica, em cirurgia cardiovascular, apenas quatro executores, de um total de treze, apresentaram execução satisfatória acima do percentil 75% (Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Nova Friburgo e Rio de Janeiro).

Na área da cardiologia intervencionista, este número se eleva, com apenas quatro de um total de treze não atingindo o percentual de 75% (Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Macaé e Niterói). Macaé não é executor para cirurgia cardiovascular pela PPI, mas apresentou produção no semestre avaliado a partir de maio de 2014. Conforme pode ser visualizado na tabela 7, ele só passou a ter recursos programados para cardiologia intervencionista em junho de 2014. Valença não é executor para cardiologia intervencionista e, apesar de ter um número reduzido de procedimentos programados para cirurgia cardiovascular, não apresentou produção (tabela 4).

Ao analisarmos os mesmos dados sob a ótica das regiões solicitantes, encontramos diferenças percentuais, conforme pode ser visualizado na tabela 6. Estas ocorrem devido ao atendimento assistencial, por parte dos executores, de municípios de outros estados que foram suprimidos destas tabelas, pois tínhamos como objetivo analisar apenas o estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Região de Saúde encaminhadora	Percentual de execução do programado Cardiovascular	Percentual de execução do programado Intervencionista
Baía da Ilha Grande	61,85%	96,20%
Baixada Litorânea	85,14%	50,36%
Centro-Sul	18,90%	112,29%
Médio Paraíba	53,67%	91,98%
Metropolitana I	63,58%	141,31%
Metropolitana II	57,26%	76,84%
Noroeste	118,86%	143,45%
Norte	81,71%	88,08%
Serrana	74,22%	135,57%
Total	65,30%	108,71%

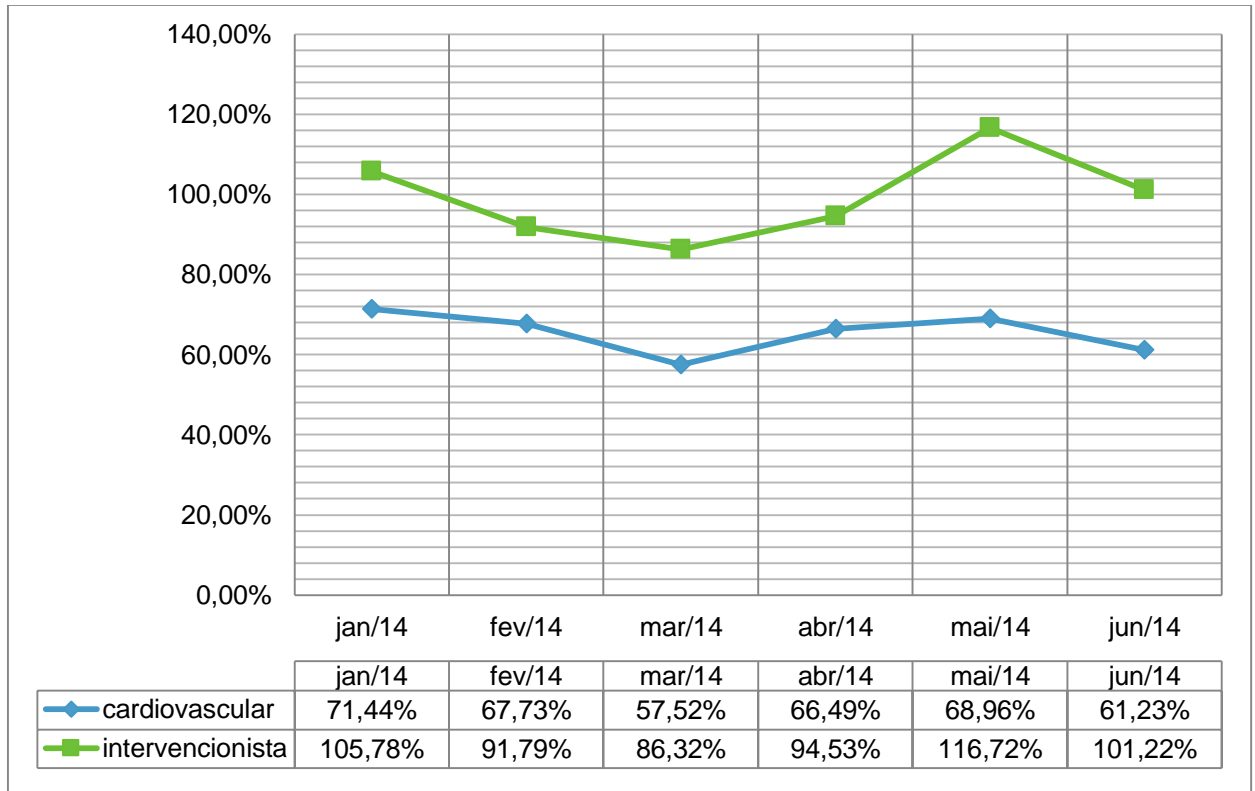
Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

Com base na tabela 5, as regiões que obtiveram mais de 75% de percentual de execução dos dados programados para as duas áreas assistenciais são a região Noroeste, (que tem como executores Itaperuna e o Rio de Janeiro - tabela 6), e a Norte (com Campos dos Goitacazes, Macaé e mais uma vez o Rio de Janeiro como referencias - tabela 6). Na cirurgia cardiovascular, a outra região a atingir esta marca é a Baixada Litorânea (que tem como executores os municípios de Cabo Frio, Campos dos Goytacazes e Rio de Janeiro – tabela 6). Podemos destacar também a região Serrana com 74,22% de execução. Na cardiologia intervencionista, apenas a região Baixada Litorânea não apresentou uma execução do programado superior a 75%.

É importante salientar também que uma execução muito superior a 100%, pode significar um possível equívoco de programação, apesar de não trazer prejuízos aparentes para a população assistida.

Os dados apresentados nas tabelas 4 e 5 podem ser melhor visualizados nos gráficos 1, 2, 3 e 4 apresentados a seguir.

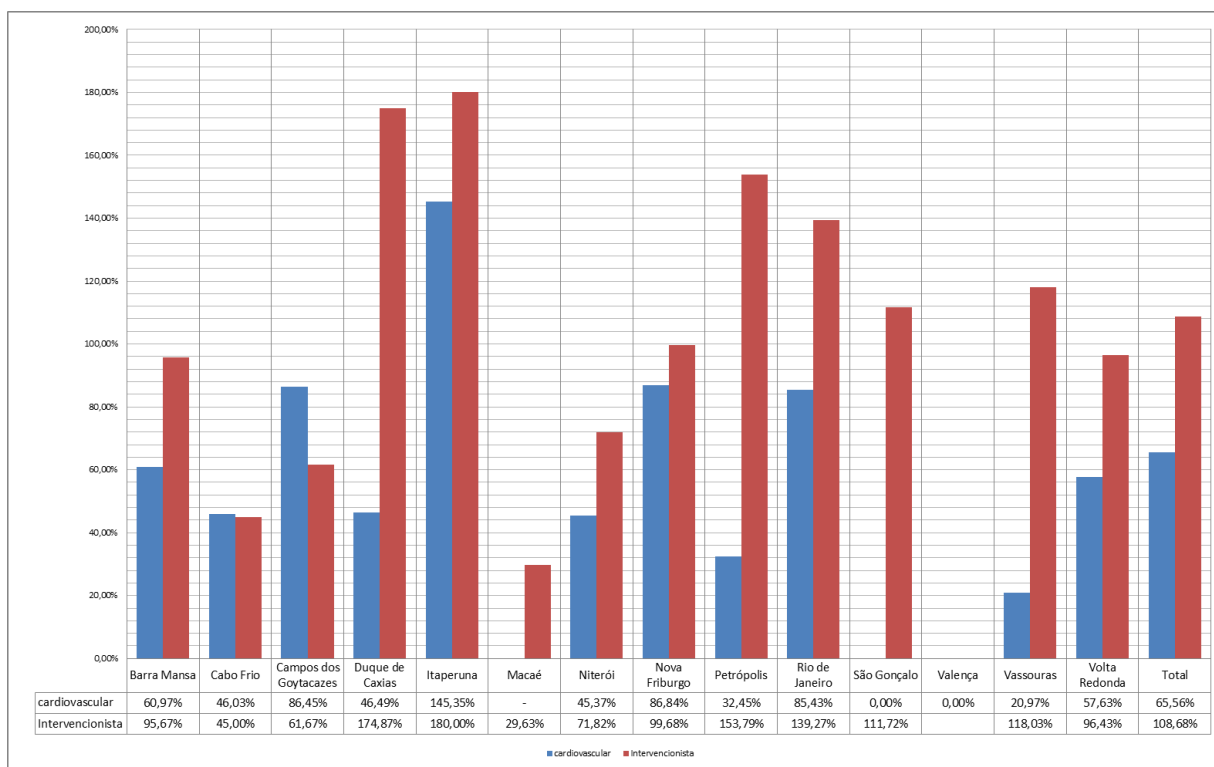
Gráfico 1: Evolução do percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) na totalidade dos municípios executores no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014



Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

Com o gráfico, 1 fica mais claro observar o quanto que a cardiologia intervencionista é mais executada do que a cirurgia cardiovascular pelos municípios polo, em todos os meses de observação. No gráfico 2, separamos esta informação por cada município executor.

Gráfico 2: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por município executor no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

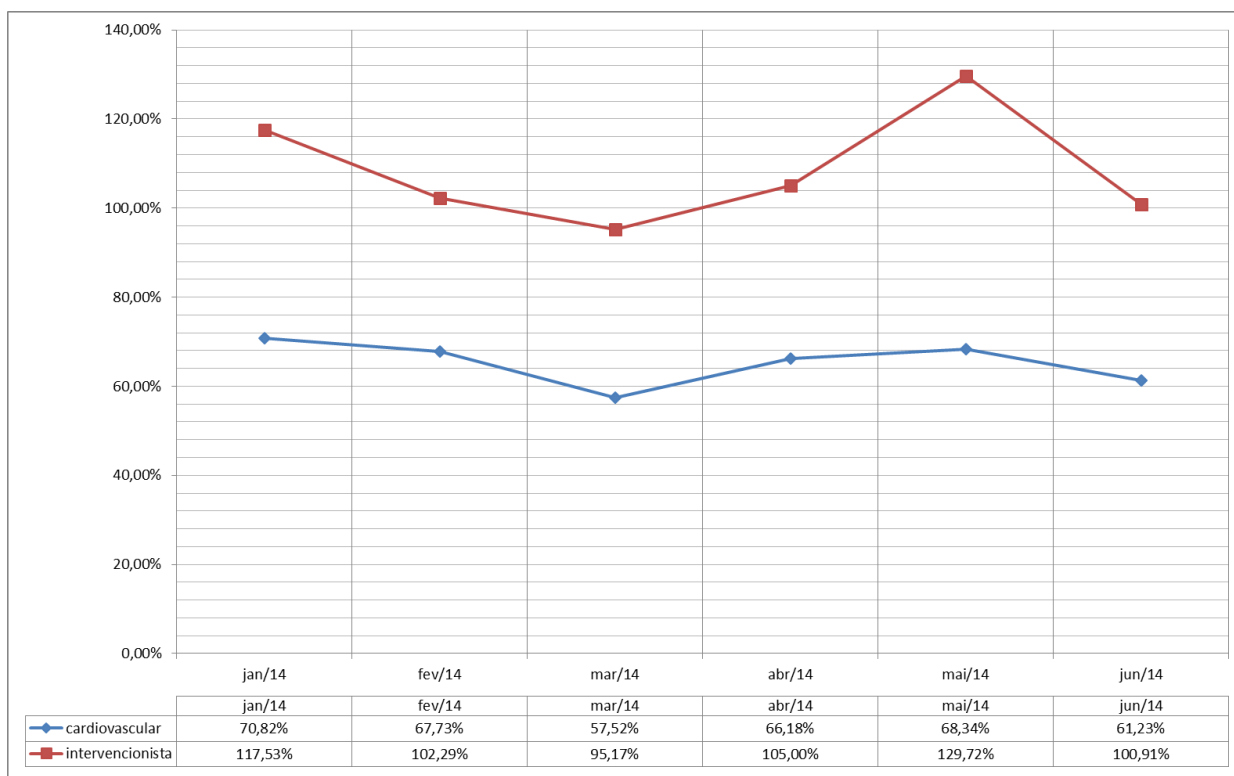


Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

Percebemos que apenas Cabo Frio e Campos dos Goytacazes tem valores maiores em cirurgia cardiovascular do que em cardiologia intervencionista.

O gráfico 3 se assemelha muito ao 1, parecendo uma sobreposição de imagens, pois estão retratando os mesmos dados gerais, apenas apresentados sob a ótica dos solicitantes, como demonstrado abaixo.

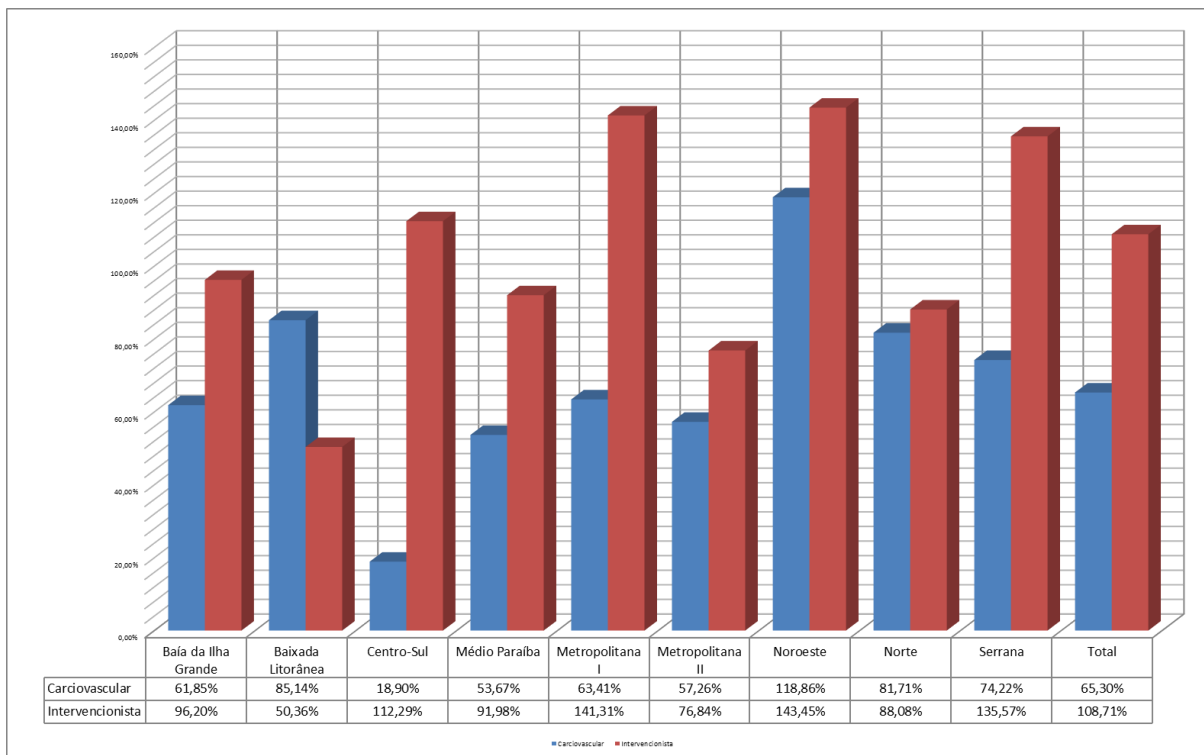
Gráfico 3: Evolução do percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) pelo conjunto dos solicitantes no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014.



Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

O gráfico 4 apresenta as mesmas informações que o gráfico 3, por cada região solicitante, em todo o período de análise.

Gráfico 4: Percentual de realização da programação de procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista) por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014



Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

Neste caso, é possível observar que apenas a região da Baixada Litorânea apresentou percentual de execução da programação na área cardiovascular maior que na intervencionista. A região Norte tem como segundo executor o município de Macaé, que é polo apenas para cirurgia intervencionista, o que explica uma execução maior desta área assistencial (gráfico 4).

Tabela 6: Percentual de realização da programação de procedimentos de cirurgia cardiovascular / migração dos municípios executores por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Região de Saúde / Munic encaminhador	Barra Mansa	Cabo Frio	Campos dos Goytacazes	Duque de Caxias	Itaperuna	Macaé	Niterói	Nova Friburgo	Petrópolis	Rio de Janeiro	São Gonçalo	Valença	Vassouras	Volta Redonda	Total
Baía da Ilha Grande	28,45%	-	-	-	-	-	-	-	-	133,83%	-	-	-	-	56,39%
Baixada Litorânea	-	82,56%	76,59%	-	-	-	-	-	-	96,72%	-	-	-	-	85,14%
Centro-Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00%	-	-	14,52%	-	18,90%
Médio Paraíba	52,13%	-	-	-	-	-	-	-	-	35,67%	-	0,00%	-	48,81%	48,16%
Metropolitana I	-	14,81%	-	46,49%	-	-	-	-	6,23%	85,51%	-	-	-	-	63,41%
Metropolitana II	-	8,06%	-	-	-	-	44,44%	-	-	175,14%	0,00%	-	-	-	57,26%
Noroeste	-	-	-	-	120,93%	-	-	-	-	62,92%	-	-	-	-	118,86%
Norte	-	-	68,65%	-	-	-	-	-	-	13,21%	-	-	-	-	81,71%
Serrana	-	-	-	-	-	-	-	75,79%	73,43%	22,73%	-	-	-	-	74,22%
Total	49,57%	46,03%	86,45%	46,49%	145,35%	-	45,37%	86,84%	32,45%	85,43%	0,00%	0,00%	20,97%	57,63%	64,53%
Legenda	-	com produção mas sem programação			0,00%	com programação mas sem produção									

Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

A tabela 6 apresenta o percentual de execução de cada executor pelas regiões solicitantes (tabela de migração). É interessante perceber que o percentual final de algumas áreas solicitantes, como por exemplo a região Norte, aumenta pela produção de municípios que não tinham procedimentos programados para ela (visualizado nas células em rosa). Este aumento também eleva a execução destes municípios, como por exemplo, Nova Friburgo, que atinge mais de 85% de execução. Apenas com os procedimentos programados, sua execução é dez pontos percentuais menor (75,79%), ainda dentro do quarto quartil considerado satisfatório. Os únicos municípios que atingem mais de 75%, em todos os procedimentos programados, são Nova Friburgo e Itaperuna.

As células laranjas apontam executores (Rio de Janeiro, São Gonçalo e Valença) que tinham dados programados, porém não produziram nenhum procedimento. Estas observações também são válidas para a tabela 7, que apresenta a migração na cardiologia intervencionista.

Vale apontar o papel de destaque do município do Rio de Janeiro, que é executor para todas as regiões do estado, no entanto, não apresentou produção no período analisado para a região Centro Sul Fluminense (tabela 6).

Tabela 7: Percentual de realização da programação de procedimentos de cardiologia intervencionista / migração dos municípios executores por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Região de Saúde / Munic encaminhador	Barra Mansa	Cabo Frio	Campos	Duque de Caxias	Itaperuna	Macaé	Niterói	Nova Friburgo	Petrópolis	Rio de Janeiro	São Gonçalo	Vassouras	Volta Redonda	Total
Baía da Ilha Grande	80,72%	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00%	-	-	-	79,61%
Baixada Litorânea	-	48,57%	-	-	-	-	-	-	-	87,23%	-	-	-	50,36%
Centro-Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00%	-	88,52%	-	112,29%
Médio Paraíba	72,71%	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00%	-	-	96,43%	78,98%
Metropolitana I	-	-	-	173,85%	-	-	-	-	17,10%	143,21%	-	-	-	141,31%
Metropolitana II	-	36,83%	-	-	-	-	68,18%	-	-	266,52%	111,72%	-	-	76,84%
Noroeste	-	-	-	-	144,80%	-	-	-	-	0,00%	-	-	-	143,45%
Norte	-	-	61,11%	-	-	26,67%	-	-	-	35,74%	-	-	-	74,35%
Serrana	-	-	-	-	-	-	-	95,87%	293,00%	61,49%	-	-	-	151,86%
Total	77,88%	45,00%	61,67%	174,87%	180,00%	29,63%	71,82%	99,68%	153,79%	139,27%	111,72%	118,03%	96,43%	106,63%
Legenda	-	com produção mas sem programação					0,00%	com programação mas sem produção						

Fonte: Tab NET da PPI e do SIHSUS

É maior o número de regiões com mais de 75% de execução na intervencionista, apresentados na tabela 7, totalizando sete (Baía da Ilha Grande, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste e Serrana). Das duas regiões que não atingiram o índice satisfatório (75%), convém mencionar que a região Norte ultrapassou os 74% (74,35%). Os executores já foram apresentados na tabela 4, no entanto, vale destacar mais uma vez que o Rio de Janeiro é executor de todas as regiões, mas desta vez, apresentou produção para apenas cinco regiões (tabela 7).

Como mencionado em capítulo anterior, as informações de regulação remontam apenas para as internações reguladas pelo sistema SER, sendo assim, todos os dados apresentadas nas tabelas 10, 11, 12 e 13 excluem as internações do Rio de Janeiro (programação e produção) que são reguladas pelo SISREG.

Tabela 8: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista programados, regulados e executados no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

	Programadas	Reguladas	Executadas
Cardiovascular	1.940	1.362	1.252
Intervencionista	1.805	1.794	1.925

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Podemos dizer, de acordo com os dados da tabela 8, que existe um equilíbrio entre as duas áreas assistenciais em sua programação. No entanto, a cirurgia cardiovascular teve procedimentos regulados bem aquém de sua programação, e nem todos os casos que foram regulados se efetivaram, pois seu executado é menor que o quantitativo regulado. Na

cardiologia intervencionista, os procedimentos regulados se aproximam mais do que foi programado e seu executado é superior ao regulado, o que aponta para procedimentos realizados sem regulação.

No sistema SER, a maioria das solicitações é classificada como casos eletivos. Apesar da cirurgia cardíaca ser reconhecida como uma área assistencial onde os casos de urgência ocorrem com alguma frequência, esse fato não foi percebido nos casos regulados no primeiro semestre de 2014, conforme apresentado na tabela 9. Menos de 10% dos casos são classificados como urgência. Em um pequeno resíduo de casos não se identificou nenhuma classificação.

Tabela 9: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista regulados como eletivos e de urgência no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

INTERNAÇÕES REGULADAS	ELETIVA	URGÊNCIA	NÃO INFORMADA	TOTAL
Cardiovascular	1.235	117	10	1.362
Intervencionista	1.574	212	8	1.794

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Separamos os dados de programação, regulação e produção por municípios executores para cirurgia cardiovascular (tabela 10) e cardiologia intervencionista (tabela 11), e para as mesmas áreas assistenciais por região solicitante (tabelas 12 e 13).

Acrescentamos a comparação percentual do programado pelos procedimentos realizados e por aqueles regulados, bem como o índice percentual das internações reguladas pelas efetivamente realizadas. É apresentada também três colunas onde classificamos essas comparações como satisfatória, parcialmente satisfatória e insatisfatória conforme descrito na estratégia metodológica. Destacamos que esses parâmetros foram os norteadores de toda análise deste capítulo.

Nestas tabelas, os dados de programação e execução do município do Rio de Janeiro foram suprimidos, na tentativa de minimizar a ausência dos dados de regulação do SISREG, não disponível para este estudo.

De acordo com a tabela 10, os municípios de Duque de Caxias e Itaperuna executaram mais ações de regulação do que de programação para cirurgia cardiovascular, lhes sendo atribuídos a classificação NA, todos os demais ficaram aquém de 100%. Já Barra Mansa, Cabo Frio, Campos dos Goitacazes, Petrópolis, Vassouras, Volta Redonda e Duque de Caxias executaram mais ações de regulação do que foi produzido. Estes dados sugerem que nem todos os casos regulados conseguem concretizar seu atendimento. Macaé teve o mesmo número de

internações reguladas e executadas, cenário considerado ideal, todos os casos regulados foram executados mas nenhuma cirurgia ocorreu sem ter sido regulada.

Apenas para os municípios de Campos dos Goitacazes e Nova Friburgo, os procedimentos programados foram executados e regulados acima de 75% (satisfatório). Itaperuna teve percentual superior a 100% (NA). Importante mencionar o grande número de municípios classificados como insatisfatórios (abaixo de 50%), tanto para a comparação com a regulação como com a execução (Niterói, Petrópolis, São Gonçalo, Valença e Vassouras). O estado do Rio de Janeiro, como um todo, foi classificado como parcialmente satisfatório para os dois primeiros indicadores, sendo satisfatório apenas na comparação regulação/execução.

Os municípios de Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Niterói e Nova Friburgo tiveram uma regulação próxima de sua produção, apontando para uma efetividade da regulação, bem como Macaé. No entanto, Macaé não tinha programação para estes procedimentos. Cabe salientar que apesar disto Itaperuna, Niterói e Nova Friburgo foram classificados em NA. São Gonçalo e Valença não apresentaram produção e nem casos regulados.

Tabela 10: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular (programação, regulação e realização) por município executor no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Município executor	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Internações reguladas	% programado / realizado	% programado / regulado	% regulado / realizado	Análise		
							PS	PS	S
Barra Mansa	176	107	116	61%	66%	92%	PS	PS	S
Cabo Frio	126	58	97	46%	77%	60%	I	S	PS
Campos dos Goytacazes	230	199	210	86%	91%	95%	S	S	S
Duque de Caxias	93	43	96	46%	104%	45%	I	NA	I
Itaperuna	86	125	122	145%	142%	102%	NA	NA	NA
Macaé	-	17	17	-	-	100%	-	-	S
Niterói	108	49	45	45%	42%	109%	I	I	NA
Nova Friburgo	190	165	160	87%	84%	103%	S	S	NA
Petrópolis	170	55	64	32%	38%	86%	I	I	S
São Gonçalo	78	0	0	0%	0%	-	I	I	-
Valença	12	0	0	0%	0%	-	I	I	-
Vassouras	124	26	60	21%	48%	43%	I	I	I
Volta Redonda	147	85	107	58%	73%	79%	PS	PS	PS
pacientes regulados sem destino assinalada			268						
Total	1.940	1.252	1.362	65%	70%	92%	PS	PS	S

Obs: O Munic. do Rio de Janeiro não aparece nesta estatística pois é regulado pelo SISREG

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Nas tabelas das duas áreas assistenciais, observamos um número significativo de casos regulados, porém sem explicitação do município executor. (tabelas 10 e 11).

Tabela 11: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (programação, regulação e realização) por município executor no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Município executor	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Internações reguladas	% programado / realizado	% programado / regulado	% regulado / realizado	Análise		
							S	NA	S
Barra Mansa	208	199	214	96%	103%	93%	S	NA	S
Cabo Frio	240	108	116	45%	48%	93%	I	I	S
Campos dos Goytacazes	180	111	69	62%	38%	161%	PS	I	NA
Duque de Caxias	195	341	378	175%	194%	90%	NA	NA	S
Itaperuna	125	225	105	180%	84%	214%	NA	S	NA
Macaé	34	10	12	30%	36%	83%	I	I	S
Niterói	110	79	92	72%	84%	86%	PS	S	S
Nova Friburgo	158	157	158	100%	100%	99%	S	S	S
Petrópolis	145	223	155	154%	107%	144%	NA	NA	NA
São Gonçalo	72	81	82	112%	113%	99%	NA	NA	S
Vassouras	92	108	104	118%	114%	104%	NA	NA	NA
Volta Redonda	56	54	41	96%	73%	132%	S	PS	NA
pacientes regulados sem destino assinalada			268						
Total	1.805	1.925	1.794	107%	99%	107%	NA	S	NA

Obs: O Munic. do Rio de Janeiro não aparece nesta estatística pois é regulado pelo SISREG

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Conforme apresentado na tabela 11, Barra Mansa, Duque de Caxias e Petrópolis regularam um quantitativo superior ao que foi programado; Duque de Caxias e Petrópolis também ao que foi executado. Os municípios de Nova Friburgo, São Gonçalo e Vassouras mantiveram os três grupos de dados em equilíbrio (apesar dos dois últimos com percentuais superiores a 100%), o que sugere a existência da relação programação e regulação. Cabo Frio e Macaé, apesar de produzir menos do que foi programado, o fizeram de maneira regulada, com o percentual regulação/produção satisfatório.

O conjunto de todos os executores apresentou a classificação “satisfatório” para a comparação programação e regulação, os outros dois indicadores tiveram percentuais superiores a 100% (NA).

Os dados apresentados nas tabelas 10 e 11 também podem indicar que os procedimentos cirúrgicos de cardiologia intervencionista ocorrem de maneira mais expressiva do que os de cirurgia cardiovascular. Este fato é sugerido pelo expressivo número de municípios que tiveram um percentual de procedimentos programados/executados, programados/regulados e regulados/executados acima de 75%. Apenas dois municípios, Cabo Frio e Macaé apresentaram os dois indicadores que comparam a programação com a regulação e produção, insatisfatórios,

sendo que este último, tem uma habilitação recente, o que pode explicar sua baixa produção (tabela 11).

Tabela 12: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular (programação, regulação e realização) por região solicitante no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Região de Saúde encaminhadora	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Internações reguladas	% programado / realizado	% programado / regulado	% regulado / realizado	Análise		
Baía da Ilha Grande	53	31	31	59%	59%	100%	I	I	S
Baixada Litorânea	87	73	117	84%	135%	62%	S	NA	PS
Centro-Sul	124	24	70	19%	56%	34%	I	I	I
Médio Paraíba	282	153	196	54%	69%	78%	PS	PS	S
Metropolitana I	120	56	241	47%	202%	23%	I	NA	I
Metropolitana II	223	106	158	48%	71%	67%	I	PS	PS
Noroeste	86	104	99	121%	115%	105%	NA	NA	NA
Norte	205	173	194	84%	94%	89%	S	S	S
Serrana	247	188	246	76%	100%	76%	S	S	S
pacientes regulados sem origem assinalada			10						
Total	1.940	1.247	1.362	64%	70%	92%	PS	PS	S

Obs: O Munic. do Rio de Janeiro não aparece nesta estatística pois é regulado pelo SISREG

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Segundo a tabela 12, apenas a região Noroeste teve um número de casos regulados de cirurgia cardiovascular inferior ao produzido (NA), o que apontaria para casos atendidos sem passar pela regulação. As demais regiões indicam que nem todos os casos regulados conseguiram o atendimento, apenas a Baía da Ilha Grande teve o número de casos regulados igual ao dos executados (ideal) porém, não atingindo a cota programada para o período (I) tanto nas internações reguladas como executadas.

Muitas regiões tiveram ao menos um indicador com percentual inferior a 50%, classificados como insatisfatórios.

As regiões da Baía da Ilha Grande e Centro-Sul apresentaram os dois indicadores de programação como insatisfatórios. Seus principais municípios executores, Barra Mansa e Vassouras, não foram individualmente classificados como satisfatórios (vide tabela 10). As regiões Norte e Serrana se destacam quando analisadas por todos os indicadores (S). A região Noroeste apresentou todos os indicadores acima dos 100% (NA). O estado do Rio de Janeiro tem classificação de parcialmente satisfatória para os indicadores com programação e satisfatório para regulação e produção.

Tabela 13: Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (programação, regulação e realização) por região solicitante no 1º semestre de 2014 estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Região de Saúde encaminhadora	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Internações reguladas	% programado / realizado	% programado / regulado	% regulado / realizado	Análise		
Baía da Ilha Grande	59	58	67	98%	113%	87%	S	NA	S
Baixada Litorânea	159	79	87	50%	55%	91%	I	I	S
Centro-Sul	92	104	105	114%	115%	99%	NA	NA	S
Médio Paraíba	205	191	201	93%	98%	95%	S	S	S
Metropolitana I	195	351	569	180%	292%	62%	NA	NA	PS
Metropolitana II	264	190	259	72%	98%	73%	PS	S	PS
Noroeste	125	181	91	145%	73%	199%	NA	PS	NA
Norte	214	160	105	75%	49%	152%	S	PS	NA
Serrana	221	338	302	153%	137%	112%	NA	NA	NA
pacientes regulados sem origem assinalada			8						
Total	1.798	1.918	1.794	107%	100%	107%	NA	S	NA

Obs: O Munic. do Rio de Janeiro não aparece nesta estatística pois é regulado pelo SISREG

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Para cardiologia intervencionista, apresentado na tabela 13, a Baixada Litorânea e as regiões Norte e Noroeste não tiveram os casos regulados próximos (S) ou maiores que da cota programada (NA). No entanto, a última produziu mais que sua cota (NA). O percentual de regulação com produção está acima de 100% nas regiões Noroeste, Norte e Serrana, em nenhuma região este indicador se apresentou insuficiente.

Aqui também percebemos uma situação mais favorável para esta área assistencial em detrimento da cirurgia cardiovascular. O número de casos regulados, sem a origem identificada, é residual para ambas as áreas. Apenas a Baixada Litorânea teve os dois parâmetros com programação como insatisfatórios, o de regulação com execução estava satisfatório.

O total do estado está satisfatório apenas na comparação regulação com programação, para os dois outros indicadores o percentual foi superior a 100%, sendo classificada em NA.

Tabela 14: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista regulados por município executor no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Município executor	Cardiovascular	Intervencionista
Barra Mansa	116	214
Cabo Frio	97	116
Campos dos Goytacazes	210	69
Duque de Caxias	96	378
Itaperuna	122	105
Macaé	17	12
Niterói	45	92
Nova Friburgo	160	158
Petrópolis	64	155
São Gonçalo	0	82
Valença	0	-
Vassouras	60	104
Volta Redonda	107	41
pacientes regulados sem destino assinalada	268	268
Total	1.362	1.794
Obs: O Munic. do Rio de Janeiro não aparece nesta estatística pois é regulado pelo SISREG		
Obs 2: Valença não é executor para intervencionista		

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Tabela 15: Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista regulados por região solicitante no estado do RJ, Brasil – janeiro a junho de 2014

Município executor	Cardiovascular	Intervencionista
Baía da Ilha Grande	31	67
Baixada Litorânea	117	87
Centro-Sul	70	105
Médio Paraíba	196	201
Metropolitana I	241	569
Metropolitana II	158	259
Noroeste	99	91
Norte	194	105
Serrana	246	302
pacientes regulados sem origem assinalada	10	8
Total	1.362	1.794

Fonte: SER, Tab NET da PPI e do SIHSUS

Comparando apenas os casos regulados entre as duas áreas (tabelas 14 e 15), de maneira geral, houve um melhor desempenho da cardiologia intervencionista quando comparada a cirurgia cardiovascular, tanto para os municípios executores quanto para as regiões solicitantes.

DISCUSSÃO

A disponibilidade dos dados do sistema de regulação se mostrou insuficiente. Este trabalho teve a importância de apontar essa lacuna. Com isso foi necessário a utilização de dados de produção para complementar a nossa análise.

Algumas considerações gerais sobre os dados analisados: todas as regiões apresentaram produção para as áreas pesquisadas, isto nos mostraria a capacidade de acesso a esses serviços, embora em quantidade insuficiente ou sem ter pleno acordo com a PPI. Além disto, de maneira geral os dados do Estado como um todo não são tão ruins quando observado o percentual de concordância dos indicadores utilizados, porém quando observamos os municípios e as regiões, percebemos uma perda clara de concordância, isto demonstra que os pactos de programação não são cumpridos, apenas a execução financeira global.

Não foi possível enquadrar no padrão de classificação dos quartis quando observados mais de 100% de execução, utilizamos neste caso a nomenclatura não se aplica (NA). Esta situação pode significar que estaria ocorrendo desassistência em outras áreas assistenciais, pois como os recursos financeiros são finitos, e não sofrem correções frequentes, estes poderiam estar sendo remanejados dessas outras áreas assistenciais para suprir a produção acima dos recursos provisionados, como já ocorreu no estado do Rio de Janeiro, conforme relato de Albuquerque e Araújo (2002). Este fato pode levantar a suposição de que quem regula o sistema e define a “real” programação, entendida como aquela que ocorre na prática, é o prestador e não o Estado.

Outra maneira de financiar a produção acima dos 100% (maior que o programado) é o pagamento de extratetos, promovidos pela SES-RJ na tentativa de minimizar os “gargalos” assistenciais. Como estes pagamentos são pontuais, não incorporados ao teto financeiro, a médio prazo poderiam gerar dificuldades financeiras para prestadores e municípios, caso não fossem mantidos. Os extratetos caracterizam-se como políticas de governo e não de estado. Eles demonstram a fragilidade da programação enquanto instrumento de gestão e podem ser utilizados como indicadores de insucesso da PPI.

A partir da nossa análise, haveria nitidamente uma melhor execução da área assistencial da cardiologia intervencionista quando comparada a área da cirurgia cardiovascular. O principal motivo aventado para esse comportamento seria a maior valorização dos procedimentos de coronarioplastia em detrimento aos cardiovasculares (ex: cirurgia de revascularização do

miocárdio). Esta maior valorização não reside apenas em questões financeiras de tabela e poderia ser explicada com alguns argumentos:

- O tempo de internação na cardiologia intervencionista é menor, o que resultaria em maior rotatividade do leito.
- Como os procedimentos intervencionistas em geral são menos invasivos e agressivos, o pós-operatório cursaria com menos complicações clínicas para o paciente.
- Os pacientes elegíveis para as coronarioplastias normalmente apresentariam melhores condições clínicas pré-cirúrgicas.
- Esses procedimentos utilizam próteses endovasculares (stents), que tem um valor financeiro de tabela SUS bastante atrativo e independente do valor primário do procedimento que o solicitou, ou seja, ao valor do procedimento intervencionista somar-se-ia o dos stents.
- E por fim e não menos importante, teria um valor de tabela mais compatível com a complexidade do procedimento.

Concluimos que, de maneira geral, a cardiologia intervencionista pode ser realizada facilmente pela maioria dos prestadores habilitados, devido à sua maior lucratividade e menor índice de complicações, já a cirurgia cardiovascular não é desejada pela maioria dos serviços de saúde habilitados. Procedimentos com maior apelo financeiro tem uma concretização maior de sua programação. Mecanismos de controle mais rígidos deveriam ser desenvolvidos e também uma revisão dos valores de tabela. Acreditamos ser importante abordar em estudos futuros o perfil dos prestadores envolvidos nos procedimentos de cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista no que tange a sua natureza pública ou privada.

Neste caso, este seria o principal problema enfrentado: os valores baixos para alguns procedimentos, principalmente no serviço de cirurgia cardiovascular, especialmente a cirurgia de revascularização do miocárdio, o que afastaria a participação de alguns prestadores e acabaria por privilegiar os procedimentos intervencionistas, financeiramente mais vantajosos. O resultado deste fato seria o aumento da fila de pacientes aguardando vaga hospitalar para realização de seus procedimentos. Cabe aqui salientar que, à exceção do município do Rio de Janeiro, a maior parte dos prestadores desta rede são privados ou filantrópicos. Este resultado converge com uma baixa acessibilidade, corroborando com Andersen (1995), que apesar de priorizar o termo acesso, descreve que este abrange a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes, denotando neste caso uma ideia de baixo desempenho do SUS, associada à oferta de serviços de cirurgia cardiovascular.

O gestor municipal é o responsável pela execução do seu teto financeiro. No estado do Rio de Janeiro todos os municípios assumiram a gestão plena de seus prestadores, logo eles podem executar os recursos financeiros como for mais conveniente para cada um. Se os recursos destinados a uma área assistencial não forem totalmente utilizados, o gestor pode utilizá-los em outra. Acreditamos que isso possa ocorrer com essas duas áreas assistenciais da cirurgia cardíaca, o que, de maneira geral, corrobora com o que já foi mencionado por Albuquerque e Araújo (2002), os serviços de média complexidade são achatados financeiramente para inflar aqueles de alta complexidade, o qual teria um apelo maior junto a população e uma lucratividade maior para os prestadores dos serviços de saúde.

É importante mencionar que a tabela de procedimentos do SUS encontra-se defasada para diversos procedimentos quando analisada pelo custo efetivo destes, o que gera desinteresse dos atores envolvidos na produção, os prestadores e os gestores, especialmente nas áreas assistenciais menos valorizadas financeiramente. Esta situação encontra-se ainda mais agravada no estado do Rio de Janeiro, devido a falta de manutenção e atualização do SISPPI, que na versão presente no estado, não possui a tabela de procedimentos mais nova vigente no SUS.

Ao olhar para o histórico de internações reguladas, seja cardiovascular ou intervencionista, observamos casos regulados que de fato concretizaram sua internação, porém muitos outros não foram regulados. Comparando esses dados aos realizados, verificados pelos de produção, observamos o “*gap*” de internações não reguladas. Isto poderia ser explicado por dois motivos principais, primeiramente falhas no processo de regulação, onde a RE não foi capaz de atender aos fluxos e quantitativos pré-determinados pela PPI, mesmo que estes apontassem corretamente para as necessidades da população. O segundo motivo estaria direcionado para fluxos acessórios, quando a PPI não atende as necessidades clínicas das pessoas, ou quando o cenário assistencial muda, seja por questões epidemiológicas ou por habilitações de novos serviços. Com esta configuração o indicador de produção por regulação superou os 100%, (quando utilizamos a nomenclatura NA).

É importante salientar que o inverso também foi observado, muitos casos que passaram pela regulação não conseguem concretizar seu atendimento. Inúmeros motivos poderiam ser aventados para explicar essa situação, no entanto este estudo não se propôs a avaliar tal cenário, sendo conveniente o desenvolvimento de pesquisa específica para tal finalidade. As principais hipóteses que levantamos são:

- Não conseguem vaga. Seja por uma demanda excessiva, devido a falhas nos níveis primários de atenção à saúde, seja por insuficiência de capacidade instalada de serviços.

Convém lembrar que falhas nos processos de programação e regulação também podem dificultar a obtenção de vagas.

- As solicitações ficam pendentes. As pendências ocorrem, na maioria das vezes, por falta de informações dos pacientes que deveriam ser fornecidas pelos profissionais solicitantes da vaga. Uma melhor capacitação destes tende a minimizar esta situação.
- Em muitos casos, pela demora excessiva, alguns pacientes conseguem o atendimento por via informal, fora dos fluxos estabelecidos. Estes atendimentos não são informados oficialmente ao sistema de regulação, que não os classifica como atendidos.
- Muitos pacientes, já sabedores da morosidade do sistema, ingressam oficialmente no SER na tentativa da vaga, mas, concomitantemente, solicitam o atendimento via judicial.
- Na casuística observada por nós, supomos que alguns casos podem ter sido atendidos após nosso período de observação, que foi em junho de 2014. Como os dados são estatísticos e não individuais, não foi possível fazer o seguimento destes casos.
- Outra possibilidade que acreditamos ser possível é o falecimento do paciente na fila de espera. Entendemos que em alguns casos de alta gravidade esta alternativa é plausível e aceitável, no entanto, não é possível generalizá-la para todos os óbitos ocorridos em espera de vaga, devido aos motivos já expressos acima.

Ao analisar a atuação da RE do Rio de Janeiro, identificamos prioritariamente a ideia de controle conforme descrevem Oliveira e Elias (2012), em que a regulação estadual é concebida como atividade. A discussão é centrada na ideia de acessibilidade, o SER exerce o controle de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, em acordo com o que afirmam Santos e Merhy (2006; p.29): *“a intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços, nos seus diversos aspectos, pode ser caracterizada como mecanismo de regulação”*. Esta ideia de regulação, a nosso ver, limita toda a sua potencialidade.

Outra consideração importante é que a PPI trouxe, de maneira geral, a definição dos fluxos de atendimento. Antes dela os procedimentos de cirurgia cardíaca de alta complexidade ocorriam sem clareza de suas referências, as solicitações eram atendidas de maneira mais informal, muitas vezes na base do “favor” pessoal.

A PPI possibilitou maior transparência no acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, ela também democratizou a informação em saúde de forma direta para os gestores e indiretamente para a população. Esta é uma dimensão importante do acesso, pois segundo Thiede e McIntyre (2008), a desigualdade na distribuição de informação (assimetria),

dentro do sistema de saúde, é uma das formas pelas quais os sistemas de saúde podem ser analisados e melhorados.

Sendo assim, é importante salientar que este processo ainda carece de ajustes e aprimoramentos no estado do Rio de Janeiro. Em grande parte devido a problemas com o sistema de informação utilizado, o SISPPI. É fundamental mencionar que um novo sistema está sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que em breve substituirá o SISPPI, o SISPGASS.

Para promover a manutenção do SISPPI de maneira mais ágil, fácil e confiável, um maior quantitativo de recursos humanos qualificados ajudaria a atenuar os problemas com o sistema de informação.

A informação é a dimensão da aceitabilidade do acesso mais vinculada à relação profissional de saúde-paciente, mas segundo nosso entendimento poderia ser ampliado para a relação entre gestores, pela relação de aceitação e confiança na PPI e na regulação.

Não podemos esquecer de mencionar que os critérios políticos ainda são relevantes na definição da programação dos procedimentos assistenciais e conseqüentemente dos recursos financeiros. De maneira geral nenhum município ou prestador aceitaria reduzir seu teto financeiro, e a lógica da reprogramação em saúde quando não se tem aporte de recursos novos seria a redistribuição dos existentes.

Convém salientar porém, que este trabalho não tem como objetivo polarizar a discussão entre adoção de parâmetros técnicos ou políticos, valorizando um ou condenando o outro. Quando parâmetros técnicos, por exemplo, não são testados ou utilizam indicadores enviesados, eles acabam por gerar prejuízo no acesso da população aos serviços de saúde. Este é o caso dos indicadores utilizados na PPI em nosso estado, em quase todas as situações o histórico de produção foi o orientador da programação, o que perpetua o padrão assistencial vigente, não dando espaço para alterações mais robustas deste.

Por outro lado, não se pode afirmar que os parâmetros políticos são sempre ruins, muitas vezes, sem uma intervenção política forte não conseguiríamos executar diversas ações em saúde, como por exemplo, nas doenças negligenciadas ou nos “gargalos assistenciais”, como já discutido neste estudo. Em algumas situações emergenciais o acesso é produzido pela intervenção política.

Outra contribuição deste trabalho para a SES-RJ é a seção que aborda a contextualização histórica da PPI. A última publicação sobre esta temática no estado do Rio de Janeiro data do ano de 2002, com Albuquerque e Araujo. Este registro no período pós 2002, foi realizado com

base em nossa experiência profissional. Desta maneira, acreditamos que esta visão pessoal do autor sobre a história da SES-RJ pode contribuir para preservá-la.

Ao término deste estudo, acreditamos ter mostrado a contribuição da PPI para a promoção do acesso ao Sistema Único de Saúde, mais na sua potencialidade do que de maneira concreta no dia a dia. A nosso ver, ela tem sido utilizada mais na distribuição de recursos financeiros do que como indutora de mudanças gerenciais, que culminariam com uma melhor adequação do perfil assistencial as necessidades de serviços de saúde da população.

Novos estudos nesta mesma lógica de trabalho podem ajudar na definição de parâmetros de análise, para futuras comparações em outras redes assistenciais.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Após o término deste trabalho sugerimos algumas recomendações gerais. A primeira é a utilização de um único sistema de gerenciamento da regulação em todo território fluminense.

A utilização do SISREG pelo município do Rio de Janeiro, principal polo executor de nossa unidade federativa, e do SER para o restante do estado dificulta o gerenciamento das informações da rede de cirurgia cardíaca, a operacionalização dos atendimentos a população e a agilidade nas internações cirúrgicas, ou seja, limita a gestão e o funcionamento da rede assistencial.

Esta recomendação é extensiva a todas as redes assistenciais, pois acreditamos que adotar um único *software* de gerenciamento para a regulação seria eficiente para todo o SUS.

Outra recomendação é que sejam atualizados os valores da tabela de procedimentos do SUS. Apesar de os dados financeiros não terem sido foco do nosso estudo, de acordo com a literatura e a própria experiência do autor, os valores defasados podem influenciar negativamente na produtividade de muitas áreas assistenciais. Acreditamos que com a rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade não é diferente. Os dados discrepantes entre cirurgia cardiovascular e cirurgia intervencionista se explicam em grande parte pela valorização financeira dos procedimentos.

Sabemos que esta recomendação é direcionada ao Ministério da Saúde, responsável pela definição da tabela de procedimentos do SUS e seus valores, bem como pela disponibilização dos recursos MAC. No entanto, entendendo que o financiamento no SUS deve ser tripartite e que a rede/sistema de alta complexidade dentro dos estados é de competência primeira da gestão estadual. Sugerimos o desenvolvimento de metodologias de incentivo financeiro para os procedimentos com maior defasagem, com recursos próprios estaduais.

Esta metodologia poderia ser elaborada sob a forma de “pacotes” fechados. Desta maneira reduzir-se-ia o risco da imprevisibilidade financeira, pelo aumento desordenado (muitas vezes não sob parâmetros técnicos), motivado pelo atrativo de valores de procedimentos maiores. Definir-se-iam metas a serem alcançadas por municípios e prestadores, de maneira que a maior lucratividade se daria pelo volume de atendimentos e não por atendimentos individuais. Acreditamos que aumentaria o percentual populacional de atendimentos e assim o acesso aos serviços.

Uma terceira recomendação é o credenciamento de novos serviços para a rede de cirurgia cardíaca de alta complexidade com o intuito de diminuir o déficit de serviços

habilitados, em especial na região Metropolitana. Acreditamos que este também tenha sido um importante fator que reduziu o acesso da população. Com a melhoria do financiamento da rede, conforme detalhado na recomendação anterior, estas novas habilitações ficariam facilitadas.

Convém salientar que os serviços nos municípios do interior do estado possuem capacidade para ampliar sua produção e suprir parte da necessidade da região metropolitana, no entanto essa ação esbarra em duas questões principais. A primeira refere-se às questões geográficas, dadas pela distância relativamente longa entre alguns centros urbanos e a pouca disposição dos gestores municipais em oferecer transporte aos pacientes e seus familiares. A segunda, pela atuação da RE que não remaneja a fila de espera para serviços não previamente pactuados.

Esta próxima recomendação recai diretamente sobre a programação. O Ministério da Saúde recomenda nas orientações para a PPI que esta deve ser revisada pelo menos uma vez a cada quatro anos (uma vez em cada mandato). A programação vigente foi realizada e concluída em 2011, sugerimos uma nova programação geral para 2015, com definição de novos parâmetros. Com isso, uma nova composição física e financeira para os procedimentos de saúde seria realizada, o que acarretaria em novos fluxos de atendimento, novas pactuações e novos tetos financeiros MAC. O momento é propício (ano de 2015) pelo início de um novo mandato estadual, com o mesmo grupo político do governo anterior.

Para que esta recomendação seja implementada seria necessário alimentar o SISPPI de novo, partindo de uma base vazia, ou seja como já mencionado, refazer toda a programação. Porém, conforme já descrito o SISPPI não é capaz de atender as demandas originadas pela publicação do decreto 7508 de 28 de junho de 2011, que apresenta o contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP). O Ministério da Saúde está desenvolvendo um novo sistema, o SISPGASS¹⁸, que é capaz de atender as novas demandas gerenciais do SUS, e incorporará as informações e metodologia do SISPPI. A previsão para início de utilização deste sistema também é o ano de 2015. Logo, recomendamos que esta nova programação geral seja realizada já neste novo sistema, para isso seria necessário aguardar a disponibilização do mesmo pelo Ministério da Saúde.

Uma outra recomendação seria a constituição de um grupo de trabalho por parte da SES-RJ que teria como principal função o acompanhamento e monitoramento das informações de programação e regulação, conforme realizado neste trabalho.

¹⁸ Sistema de Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

Este grupo desenvolveria estas ações para todas as áreas assistenciais da PPI e emitiria relatórios gerenciais regulares com o intuito de subsidiar o gestor estadual e os gestores municipais de informações para definir a gestão dos serviços e ações de saúde no SUS.

Por ser um trabalho árduo e extenso, este grupo não se responsabilizaria pela programação no sistema bem como sua manutenção. Sua função primordial seria a realização de diagnósticos. A única função além desta a ser atribuída a este grupo sem prejuízo na qualidade de seu funcionamento, seria a capacitação continuada de técnicos estaduais e municipais acerca da programação (PPI) e seus instrumentos.

Por fim, sugerimos o desenvolvimento de novos estudos que possam analisar:

- A “fila” de espera, como mecanismo de identificar as variáveis que impactam no acesso dos pacientes aos serviços de saúde, o objetivo ao término deste estudo seria reduzir o tempo de espera em fila;
- Os dados de produção antes do advento da PPI de 2011, verificando o impacto que a mesma teve nestas informações;
- Acreditamos ser interessante também realizar entrevistas para analisar a percepção dos gestores municipais sobre a PPI e a regulação, e o impacto destas sobre a assistência em seus municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAY, LA; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 9(3):208–20. 1974.
- ALBUQUERQUE, C.; ARAÚJO, P. S. X. Programação pactuada e integrada (PPI): uma proposta de organização da assistência à saúde no estado do Rio de Janeiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS. Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde., p. 191-213. 2002.
- ANDERSEN RM, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*; 51: 95-124. 1973.
- ANDERSEN RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.*; 36:1-10. 1995.
- ANDREAZZI, M A. R. de; ANDREAZZI, M. de F. S. de; PINHEIRO, M. C. C. M. e SICSÚ, B. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_MI_04_MFatimaAndreazzi_MercadoSaudeSuplementar.pdf. Acessado em 27/10/2014.
- BOAVENTURA, B. J. R. Uma introdução jurídica sobre Central de Regulação de Pacientes. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 72, jan 2010. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7050. Acessado em 13/08/2014.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Brasília: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: junho de 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.169, de 15 de junho de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 16 de junho de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 13 de junho de 2002c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 28 de fevereiro de 2002a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 04 de agosto de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 23 de maio de 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.020, de 31 de maio de 2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 01 de junho de 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 07 de novembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília: 23 de fevereiro de 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: 2006d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004b.
- CONASS - BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011b.
- CONASS - BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011a.
- CORDEIRO H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Cienc Saude Coletiva*.6(2):319–28. 2001.
- DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University. 1973.
- ENSP. Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil – 1998. FIOCRUZ, outubro de 2002.
- FRENK J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex.*; 27:438-53. 1985.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1994.
- GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz;. p.177-198. 1996.

- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M. & ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro: v. 24, n. 56, p. 57-66, set/dez, 2000a.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M. & ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 16 (1): p. 231-239, jan/mar, 2000b.
- JESUS WLA, ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):161-170. 2010.
- MCINTYRE, D; MOONEY, G. eds. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University. 2007.
- NORONHA, J.C.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. A metrópole Rio de Janeiro: Desafios para o planejamento em saúde. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. (Org.) *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2003.
- OLIVEIRA R.R., ELIAS P.E.M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo: 46(3):571-576, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2000 - melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Genebra: 2000.
- ORTIZ, G. A. Sucessos e fracassos da Regulação. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, n.º 3, ago-set-out, 2005.
- PENCHANSKY R, THOMAS WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 19(2):127-40. 1981.
- PERLOW, E. Accessibility: global gateway to health literacy. *Health Promot Pract*. 11(1):123-31.11). 2010.
- PIANA, C; MACHADO, A; SELAU, L. Estatística Básica. 2009. disponível em: http://minerva.ufpel.edu.br/~markus.stein/Apostila_EB.pdf. Último acesso em 09/02/2015
- PIEGAS LS, BITTAR OJNV, HADDAD N. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do Sistema Único de Saúde. *Arq. Bras. Cardiol*. 93(5):555-560. 2009.
- RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB (2011). Deliberação CIB-RJ n° 1.479. Rio de Janeiro: publicada em 05 de dezembro de 2011.
- RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB (2013). Deliberação CIB-RJ n° 2.197. Rio de Janeiro: publicada em 09 de maio de 2013.
- RODRIGUES, E. T. Do CENDES-OPAS à programação da saúde no SUS: uma crítica da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde. Dissertação de mestrado

apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador 2012.

- RONALD A, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 51(1): 95–124. 1973.
- SANCHEZ, RM; CICONELLI, RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 31(3):260–8. 2012.
- SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.
- SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.6, n.2, pp. 451-455: 2001.
- THIEDE, M; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saude Publica.* 24(5):1168–73). 2008.
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198. 2004.
- VIACAVA, F.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R.; UGÁ M.A.D. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2963-2969. 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. A discussion document on the concept and principles of health promotion, Copenhagen, 9–13 July 1984.

ANEXOS

Anexo I

Relação de Serviços Habilitados da Rede de Atenção de Cirurgia Cardíaca de Alta Complexidade

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro											
Relação de Serviços Habilitados											
Região	Município	Serviços de Saúde	CNES	Perfil	Serviços Habilitados						Port. de Habilitação
					Cir Cardio-vascular	Cir Cardiov-Pediátrica	Cir Vascular	Cardio Inter-vencionista	Endovas-cular	Eletrofisio-logia	
Metropolitana I	Rio de Janeiro	HUPE	2269783	UA*	X	X	X	X	X	X	2 E 8
		HUCFF	2280167	CR*	X		X	X	X	X	2E 5
		IECAC – FALMED	2269678	UA*	X	X	X	X		X	2
		Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras	2280132	CR*	X	X		X		X	2
		Hospital Servidores do Estado	2269988	UA*	X		X	X			2
		Hosp.Geral de Bonsucesso	2269880	UA*	X	X	X	X			2
		Hosp.Federa 1 da Lagoa	2273659	UA*	X		X	X			2
	HUGG	2295415				X ¹²					
	Duque de Caxias	HSCor	536515	UA*	X		X	X	X ⁴	X ⁴	6
Metropolitana II	Niterói	HUAP	12505	UA*	X		X	X	X ¹³		2
		PROCORDIS	3443043	UA*	X			X			3
	São Gonçalo	Casa de Saúde São José dos Lirios	2297434	UA*	X			X			2
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clinica Santa Helena	2278170	UA*	X		X	X	X		2
Centro-Sul	Vassouras	Fundação Educacional Severino Sombra – H. Sul Fluminense	2273748	UA*	X		X	X		X	3 E 7
Média Paraíba	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista	25135	UA*			X				3
		Hospital Vita	26050	UA*	X	X ²		X			1
	Valença	H.E.Luiz Gioseffi Jannuzzi	2292912	UA*	X		X				10
	Barra Mansa	SCM Barra Mansa	2280051	UA*	X		X	X	X	X ¹⁰	4
Noroeste	Itaperuna	Hospital São José do Avai	2278855	UA*	X		X	X	X	X	2 E 11
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Escola Alvaro Alvim	2287447	UA*	X		X	X			2
		Sta Casa da Misericórdia de Campos	2287382	UA*	X		X	X			2
	Macaé	Hospital Irmandade São João Batista de Macaé	2697041	UA*	X			X			12
Serrana	Petrópolis	Hospital Santa Teresa	2275635	UA*	X			X			2
		Nova Friburgo	Hospital São Lucas	2272695	UA*	X		X	X		
	Teresópolis	Hospital das Clinicas	2297795	UA*			X		X		9
		Hospital São Jose	2292386	UA*			X ⁹				
Número de Serviços habilitados		xxxx	xxxx	xxxx	22	5	20	21	8	8	xxxx

UA# Unidade Assistencial; CR* Centro de Referência
 Portaria SAS/MS: 1- 367 de 27/07/2004; 2- 80 de 08/02/2008; 3-237 de 25/04/2008; 4-319 de 09/06/2008; 5-276 de 27/06/2010; 6-331 de 15/07/2010; 7-1.010 de 30/12/2011; 8-1.060 de 27/09/2012;9-1.082 de 02/10/2012
 10- Port SAS 1.246 de 8/11/2012; 11- Port 285 de 07/04/2014; 12- Port 284 de 07/04/2014

Anexo II

Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Metropolitana I e Baía da Ilha Grande

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro							
Referências de Serviços para as Regiões Capital, Metropolitana I e Baía da Ilha Grande							
Região	Município	Cir Cardiovascular	Cir Cardiov Pediátrica	Cir Vascular	Card Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia
Metropolitana I	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Itaguaí	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras
	Japeri						
	Queimados						
	Seropédica						
	Nilópolis	Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Mesquita						
	Mage						
	Belford Roxo						
	Duque de Caxias						
	Nova Iguaçu						
São João de Meriti							
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Barra Mansa	Rio de Janeiro	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	Vassouras
	Mangaratiba						
	Paraty						

Anexo III

Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro							
Referências de Serviços para as Regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea							
Região	Município	Cir Cardiovascular	Cir Cardiov Pediatrica	Cir Vascular	Card Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia
Metropolitana II	Itaboraí	Cabo Frio	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	Rio de Janeiro
	Rio Bonito						
	Silva Jardim						
	Tanguá	Niterói	Rio de Janeiro	Niterói	Niterói	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Niterói						
	Maricá	São Gonçalo	São Gonçalo	Rio de Janeiro	Niterói	São Gonçalo	Rio de Janeiro
Baixada Litorânea	Araruama	Cabo Frio	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	Rio de Janeiro
	A. de Búzios						
	Arraial do Cabo						
	Cabo Frio						
	Casimiro de Abreu						
	Iguaba Grande						
	São Pedro Aldeia						
	Saquarema						
	Rio das Ostras	Campos Goytacazes	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	Rio de Janeiro

Anexo IV

Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Centro Sul e Médio Paraíba

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro													
Referências de Serviços para as Regiões Centro Sul e Médio Paraíba													
Região	Município	Cir Cardiovascular	Cir Cardiov Pediatrica	Cir Vascolar	Card Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia						
Centro Sul	Areal	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras						
	C. Levy Gasparian												
	E. Paulo Frontin												
	Mendes												
	Miguel Pereira												
	Paracambi												
	Paraíba do Sul												
	Paty do Alferes												
	Sapucaia												
	Três Rios												
Médio Paraíba	Vassouras	Barra Mansa	Rio de Janeiro	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	Vassouras						
	Barra Mansa												
	Porto Real												
	Quatis												
	Resende												
	Rio das Flores												
	Barra do Pirai							Barra Mansa	Rio de Janeiro	Volta Redonda	Barra Mansa	Barra Mansa	Vassouras
	Pinheiral												
	Pirai												
	Rio Claro												
Itatiaia	Barra Mansa	Rio de Janeiro	Volta Redonda	Volta Redonda	Barra Mansa	Vassouras							
Valença	Barra Mansa	Rio de Janeiro	Valença	Barra Mansa	Barra Mansa	Vassouras							
Volta Redonda	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Volta Redonda	Volta Redonda	Barra Mansa	Vassouras							

Anexo V

Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para as Regiões Norte e Noroeste

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro							
Referências de Serviços para as Regiões Norte e Noroeste							
Região	Município	Cir Cardiovascular	Cir Cardiov Pediatrica	Cir Vascular	Card Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia
Noroeste	Aperibe	Itaperuna	Rio de Janeiro	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna	Rio de Janeiro
	Bom Jesus Itabapoana						
	Cambuci						
	Cardoso Moreira						
	Italva						
	Itaocara						
	Itaperuna						
	Laje Muriae						
	Miracema						
	Natividade						
	Porciúncula						
	St. Antônio Pádua						
	São José Uba						
	Varre - Sai						
Norte	Campos Goytacazes	Campos Goytacazes	Rio de Janeiro	Campos Goytacazes	Campos Goytacazes	Itaperuna	Rio de Janeiro
	Carapebus						
	Conceição de Macabu						
	Macaé						
	Quissamã						
	São Fidelis						
	São Fco. Itabapoana						
	São João Barra						

Anexo VI

Referências de Serviços da Rede de Cirurgia Cardíaca para a Região Serrana

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro							
Referências de Serviços para a Região Serrana							
Região	Município	Cir Cardiovascular	Cir Cardiov Pediatrica	Cir Vascular	Card Inter- vencionista	Endovas- cular	Eletrofisio- logia
Serrana	Bom Jardim	N. Friburgo	Rio de Janeiro	Teresópolis	N. Friburgo	Teresópolis	Rio de Janeiro
	Cachoeiras						
	Macacu						
	Cantagalo						
	Carmo						
	Cordeiro						
	Duas Barras						
	Guapimirim						
	Macuco						
	Nova Friburgo						
	St. Mª Madalena						
	São José Vale Rio Preto						
	São Sebastião Alto						
	Sumidouro						
Trajano de Moraes							
Petrópolis	Petrópolis	Rio de Janeiro	Teresópolis	Petrópolis	Teresópolis	Rio de Janeiro	
Teresópolis	N. Friburgo	Rio de Janeiro	Teresópolis	N. Friburgo	Teresópolis	Rio de Janeiro	

Anexo VII

Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Cardiovascular

Rede Cardiovascular					
Cirurgia Cardiovascular		Parâmetros da Portaria: Serviço AC Cirurgia Cardiovascular: 1/600.000 hab.			
Região	Municípios Executores	Prestadores	Quantitativo Prestadores	População Referenciada	Observações
Centro-Sul	Vassouras	H. Sul Fluminense	1	593.471 hab.	ok
Médio Paraíba	Barra Mansa	SCM Barra Mansa	2	1.131.905 hab.	necessita de +1 serviço
	Volta Redonda	Hospital Vita		261.522 hab.	
Serrana	Nova Friburgo	Hospital São Lucas	2	630.755 hab.	necessita de +1 serviço
	Petrópolis	Hospital Santa Teresa		297.888 hab.	ok, porém pode absorver de NF
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Álvaro Alvim	3	983.280 hab.	ok, pode absorver
		SCM de Campos			
Noroeste	Macaé	H. Irmandade São João Batista	1	327.872 hab.	ok, pode absorver
		Hospital São José do Avaí			
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clínica Sta Helena	1	891.088 hab.	necessita de +1 serviço
Metropolitana II	São Gonçalo	Casa de Saúde São José dos Lirios	1	1.025.507 hab.	necessita de +1 serviço
	Niterói	Procordis	2	633.752 hab.	ok, porém pode absorver de SG
	HUAP				
Metropolitana I	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	7	3.319.763 hab.	necessita de +5 serviços
		HSCOR			
		HUPE			
		HUCFF			
		IECAC			
		Inst. Nac. de Cardiologia			
		HSE			
HGB					
Hosp. Fed. da Lagoa					

** O hospital São Francisco de Assis também realiza cirurgia cardíaca
 ** O IECAC coloca marcapasso, mas não está habilitado.
 **O Hospital do Andaraí realiza cirurgia cardíaca e colocação de marcapasso, porém não é habilitado para rede de alta complexidade.

Anexo VIII

Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Endovascular

Rede Cardiovascular					
Cirurgia Endovascular		Parâmetros da Portaria: Serviço AC Cirurgia Endovascular: 1/4.000.000 hab.			
Região	Municípios Executores	Prestadores	Quantitativo Prestadores	População Referenciada	Observações
Médio Paraíba	Barra Mansa	SCM Barra Mansa	1	1.430.161 hab.	ok
Noroeste	Itaperuna	Hospital São José do Avaí	1	2.117.599 hab.	ok
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clínica Sta Helena	1	1.013.284 hab.	ok
Serrana	Teresópolis	Hospital das Clínicas	1	169.849 hab.	ok
Metropolitana I	Rio de Janeiro	HUPE	2	11.704.14 hab.	necessita de +1 serviço
		HUCFF			
OBS: Duque de Caxias- HSCOR- aguardando habilitação.					
Niterói- HUAP- aguardando habilitação.					
Teresópolis pela deliberação CIB é executor de toda região serrana, porém só atende ao próprio município.					
<p>** O IECAC faz endovascular, mas não está habilitado.</p> <p>**O hospital São José de Teresópolis vai pedir habilitação para endovascular.</p> <p>** O hospital de Petrópolis também vai pedir habilitação para endovascular.</p> <p>** O hospital da Lagoa faz cirurgia endovascular, mas não consta na rede.</p>					

Anexo IX

Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Cardiovascular Pediátrica

Rede Cardiovascular					
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica		Parâmetros da Portaria: Serviço AC Cirurgia Cardiovascular Pediátrica: 1/800.000 hab.			
Região	Municípios Executores	Prestadores	Quantitativo Prestadores	População Referenciada	Observações
Metropolitana I	Rio de Janeiro	HUPE	4	16.265.204 hab.	necessita de + 17 serviços
		IECAC			
		Inst. Nac. de Cardiologia de Laranjeiras			
		HGB			
OBS: Médio Paraíba- Volta Redonda- Hospital Vita- aguardando habilitação.					
** Hospital Vita vai pedir habilitação para cirurgia pediátrica.					

Anexo X

Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Eletrofisiologia

Rede Cardiovascular					
Eletrofisiologia		Parâmetros da Portaria: Serviço AC Eletrofisiologia: 1/2.600.000 hab.			
Região	Municípios Executores	Prestadores	Quantitativo Prestadores	População Referenciada	Observações
Metropolitana I	Rio de Janeiro	HUPE	4	13.867.770	necessita de + 2 serviços
		HUCFF			
		IECAC			
		Inst. Nac. de Cardiologia			
Centro-Sul	Vassouras	H. Sul Fluminense	1	1.457.123	ok, pode absorver
OBS: Metropolitana I- Duque de Caxias- HSCOR (aguardando habilitação).					
Médio Paraíba- Bara Mansa- SCM Barra Mansa (aguardando habilitação).					
Noroeste- Itaperuna- São José do Avaí (aguardando habilitação).					

Anexo XI

Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Cirurgia Vascular

Rede Cardiovascular					
Cirurgia Vascular		Parâmetros da Portaria: Serviço AC Cirurgia Vascular: 1/500.000 hab.			
Região	Municípios Executores	Prestadores	Quantitativo Prestadores	População Referenciada	Observações
Centro-Sul	Vassouras	H. Sul Fluminense	1	593.471 hab.	necessita de +1 serviço
Médio Paraíba	Barra Mansa	SCM Barra Mansa	2	705.614 hab	necessita de +1 serviço
	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista		426.291 hab	
Serrana	Nova Friburgo Teresópolis	Hospital São Lucas Hospital das Clínicas	2	928.643 hab.	ok
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Álvaro Alvim SCM de Campos	2	861.084 hab.	ok, pode absorver
Noroeste	Itaperuna	Hospital São José do Avai	1	327.872 hab.	ok, pode absorver
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clínica Sta Helena	1	1.013.284 hab.	necessita de + 2 serviços
Metropolitana I	Duque de Caxias	HSCOR	1	3.319.763 hab.	necessita de +6 serviços
	Rio de Janeiro	HUPE	6	6.429.923 hab.	necessita de +7 serviços
		HUCFF			
		IECAC			
		HSE			
		HGB			
	Hosp. Fed. Lagoa				
Metropolitana II	Niterói	HUAP	1	1.659.322 hab.	necessita de + 3 serviços
OBS: Município RJ- HUGG- aguardando habilitação.					
Serrana- Teresópolis- Hosp. São José- aguardando habilitação.					
Valença pela deliberação CIB , mas não consta na SISPP1.					

Anexo XII

Parâmetros para a Rede de Cirurgia Cardíaca – Área Assistencial Intervencionista

Rede Cardiovascular					
Cirurgia Intervencionista		Parâmetros da Portaria: Serviço AC Cirurgia Intervencionista: 1/600.000 hab.			
Região	Municípios Executores	Prestadores	Quantitativo Prestadores	População Referenciada	Observações
Centro-Sul	Vassouras	H. Sul Fluminense	1	593.471 hab.	ok
Médio Paraíba	Barra Mansa	SCM Barra Mansa	1	840.639 hab.	necessita de + 1 serviço
	Volta Redonda	Hospital Vita	1	291.269 hab.	ok, pode absorver de BM
Serrana	Nova Friburgo	Hospital São Lucas	1	460.906 hab.	ok, pode absorver
	Petrópolis	Hospital Santa Teresa	1	467.737 hab.	ok, pode absorver
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Álvaro Alvim	3	861.084 hab.	ok, pode absorver
		SCM de Campos			
	Macaé	Hosp. São João Batista			
Noroeste	Itaperuna	Hospital São José do Avaí	1	327.872 hab.	ok, pode absorver
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clínica Sta Helena	1	1.013.284 hab.	necessita de + 1 serviço
Metropolitana II	São Gonçalo	Casa de Saúde São José dos Lírios	3	1.025.507 hab.	necessita de + 1 serviço
	Niterói	Procordis		633.752 hab.	
		HUAP			
Metropolitana I	Duque de Caxias	HSCOR	1	3.319.763 hab.	necessita de + 5 serviços
	Rio de Janeiro	HUPE	7	6.429.923 hab.	necessita de + 4 serviços
		HUCFF			
		IECAC			
		Inst. Nac. de Cardiologia			
		HSE			
		HGB			
Hosp. Fed. da Lagoa					

** O Hospital São Francisco de Assis realiza cirurgia intervencionista.

** O Hospital da Lagoa apesar de ter hemodinâmica, não faz cirurgia intervencionista.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programados e executados mês a mês por município executor

Município executor	Cota física mensal programada-MAC	Cota física realizada-MAC					
		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Barra Mansa	29,25	26	21	11	12	17	-
Cabo Frio	21,000002	11	12	-	18	10	7
Campos dos Goytacazes	38,365509	39	28	41	33	31	27
Duque de Caxias	15,416667	8	13	7	1	5	9
Itaperuna	14,333336	6	28	16	23	31	21
Macaé	-	-	-	-	-	12	5
Niterói	18	12	5	8	8	9	7
Nova Friburgo	31,666667	28	27	25	36	30	19
Petrópolis	28,25	7	7	10	12	7	12
Rio de Janeiro	66,91667	77	64	56	51	52	43
São Gonçalo	12,916667	-	-	-	-	-	-
Valença	2	-	-	-	-	-	-
Vassouras	20,666666	3	2	-	5	7	9
Volta Redonda	24,583333	14	12	12	16	12	19
Total	323,365517	231	219	186	215	223	178

APÊNDICE II

Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programados e executados mês a mês por município executor

Município executor	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC					
		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Barra Mansa	34,666666	24	33	40	32	33	-
Cabo Frio	40	28	16	-	33	17	14
Campos dos Goytacazes	30,000002	18	13	21	15	27	17
Duque de Caxias	32,5	44	60	50	51	82	54
Itaperuna	20,833334	53	23	26	32	50	41
Macaé	33,75	-	-	-	-	3	7
Niterói	18,333333	14	7	19	15	8	16
Nova Friburgo	26,25	39	33	22	23	30	10
Petrópolis	24,166667	34	33	41	32	43	40
Rio de Janeiro	31,833338	49	29	39	37	58	54
São Gonçalo	12,083333	16	21	13	16	2	13
Vassouras	15,250001	16	22	5	18	21	26
Volta Redonda	9,333333	13	12	8	7	10	4
Total	329,000007	348	302	284	311	384	296

APÊNDICE III

Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por município executor

Município executor	janeiro a junho		
	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Percentual de execução do programado
Barra Mansa	175,5	87	49,57%
Cabo Frio	126,000012	58	46,03%
Campos dos Goytacazes	230,193054	199	86,45%
Duque de Caxias	92,500002	43	46,49%
Itaperuna	86,000016	125	145,35%
Macaé	0	17	-
Niterói	108	49	45,37%
Nova Friburgo	190,000002	165	86,84%
Petrópolis	169,5	55	32,45%
Rio de Janeiro	401,50002	343	85,43%
São Gonçalo	77,500002	0	0,00%
Valença	12	0	0,00%
Vassouras	123,999996	26	20,97%
Volta Redonda	147,499998	85	57,63%
Total	1940,193102	1252	64,53%

APÊNDICE IV

Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por município executor

Município executor	janeiro a junho		
	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Percentual de execução do programado
Barra Mansa	207,999996	162	77,88%
Cabo Frio	240	108	45,00%
Campos dos Goytacazes	179,999997	111	61,67%
Duque de Caxias	195	341	174,87%
Itaperuna	125,000004	225	180,00%
Macaé	33,75	10	29,63%
Niterói	109,999998	79	71,82%
Nova Friburgo	157,5	157	99,68%
Petrópolis	145,000002	223	153,79%
Rio de Janeiro	191,000028	266	139,27%
São Gonçalo	72,499998	81	111,72%
Vassouras	91,500006	108	118,03%
Volta Redonda	55,999998	54	96,43%
Total	1805,250027	1925	106,63%

APÊNDICE V

Percentual de execução de Cirurgia Cardiovascular mês a mês por município executor

Município executor	Percentual de execução do programado					
	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Barra Mansa	88,89%	71,79%	37,61%	41,03%	58,12%	0,00%
Cabo Frio	52,38%	57,14%	0,00%	85,71%	47,62%	33,33%
Campos dos Goytacazes	101,65%	72,98%	106,87%	86,01%	80,80%	70,38%
Duque de Caxias	51,89%	84,32%	45,41%	6,49%	32,43%	58,38%
Itaperuna	41,86%	195,35%	111,63%	160,47%	216,28%	146,51%
Macaé	-	-	-	-	-	-
Niterói	66,67%	27,78%	44,44%	44,44%	50,00%	38,89%
Nova Friburgo	88,42%	85,26%	78,95%	113,68%	94,74%	60,00%
Petrópolis	24,78%	24,78%	35,40%	42,48%	24,78%	42,48%
Rio de Janeiro	115,07%	95,64%	83,69%	76,21%	77,71%	64,26%
São Gonçalo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Valença	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Vassouras	14,52%	9,68%	0,00%	24,19%	33,87%	43,55%
Volta Redonda	56,95%	48,81%	48,81%	65,08%	48,81%	77,29%
Total	71,44%	67,73%	57,52%	66,49%	68,96%	55,05%

APÊNDICE VI

Percentual de execução de Cardiologia Intervencionista mês a mês por município executor

Município executor	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Barra Mansa	69,23%	95,19%	115,38%	92,31%	95,19%	0,00%
Cabo Frio	70,00%	40,00%	0,00%	82,50%	42,50%	35,00%
Campos dos Goytacazes	60,00%	43,33%	70,00%	50,00%	90,00%	56,67%
Duque de Caxias	135,38%	184,62%	153,85%	156,92%	252,31%	166,15%
Itaperuna	254,40%	110,40%	124,80%	153,60%	240,00%	196,80%
Macaé	0	0	0	0	0	20,74%
Niterói	76,36%	38,18%	103,64%	81,82%	43,64%	87,27%
Nova Friburgo	148,57%	125,71%	83,81%	87,62%	114,29%	38,10%
Petrópolis	140,69%	136,55%	169,66%	132,41%	177,93%	165,52%
Rio de Janeiro	153,93%	91,10%	122,51%	116,23%	182,20%	169,63%
São Gonçalo	132,41%	173,79%	107,59%	132,41%	16,55%	107,59%
Vassouras	104,92%	144,26%	32,79%	118,03%	137,70%	170,49%
Volta Redonda	139,29%	128,57%	85,71%	75,00%	107,14%	42,86%
Total	105,78%	91,79%	86,32%	94,53%	116,72%	89,97%

Macaé iniciou programação em junho de 2014

APÊNDICE VII

Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programados e executados mês a mês por região solicitante

Região de Saúde encaminhadora	Cota física mensal programada-MAC	Cota física realizada-MAC					
		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Baía da Ilha Grande	9	11	3	3	6	6	5
Baixada Litorânea	15	23	11	3	16	15	11
Centro-Sul	21	3	2	1	7	4	7
Médio Paraíba	48	29	28	20	22	24	33
Metropolitana I	96	79	75	59	53	48	52
Metropolitana II	40	24	27	21	23	24	19
Noroeste	15	3	21	13	18	30	21
Norte	35	27	23	35	30	36	23
Serrana	43	30	29	31	39	34	27
Total	323	229	219	186	214	221	198

APÊNDICE VIII

Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programados e executados mês a mês por região solicitante

Região de Saúde encaminhadora	Cota física mensal programada-MAC	Cota física realizada-MAC						Cota física programada-MAC junho
		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	
Baía da Ilha Grande	10	4	11	11	13	9	10	10
Baixada Litorânea	27	19	9	-	27	13	13	27
Centro-Sul	15	17	21	8	21	17	20	15
Médio Paraíba	35	32	34	33	26	34	32	35
Metropolitana I	74	97	96	90	89	149	110	74
Metropolitana II	45	40	37	38	38	18	37	45
Noroeste	21	41	21	19	26	39	35	21
Norte	30	30	15	28	20	40	28	64
Serrana	37	67	58	54	50	64	47	37
Total	295	347	302	281	310	383	332	329

APÊNDICE IX

Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por região solicitante

Região de Saúde encaminhadora	janeiro a junho		
	Cota física programa da-MAC	Cota física realizada-MAC	Percentual de execução do programado
Baía da Ilha Grande	54,97467	31	56,39%
Baixada Litorânea	92,785998	79	85,14%
Centro-Sul	127,0121	24	18,90%
Médio Paraíba	290,67649	140	48,16%
Metropolitana I	575,61731	365	63,41%
Metropolitana II	240,99299	138	57,26%
Noroeste	89,178558	106	118,86%
Norte	212,955	174	81,71%
Serrana	255,99999	190	74,22%
Total	1940,1931	1247	64,27%

APÊNDICE X

Procedimentos de Cardiologia Intervencionista programação, execução e percentual de execução no 1º semestre de 2014 por região solicitante

	janeiro a junho		
Região de Saúde encaminhadora	Cota física programada-MAC	Cota física realizada-MAC	Percentual de execução do programado
Baía da Ilha Grande	60,292458	48	79,61%
Baixada Litorânea	160,841202	81	50,36%
Centro-Sul	92,613396	104	112,29%
Médio Paraíba	207,644604	164	78,98%
Metropolitana I	446,537664	631	141,31%
Metropolitana II	270,70536	208	76,84%
Noroeste	126,174906	181	143,45%
Norte	182,797728	161	88,08%
Serrana	250,793546	340	135,57%
Total	1798,400864	1918	106,65%

APÊNDICE XI

Percentual de execução de Cirurgia Cardiovascular mês a mês por região solicitante

Região de Saúde encaminhadora	Percentual de execução do programado					
	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Baía da Ilha Grande	120,06%	32,74%	32,74%	65,48%	65,48%	21,83%
Baixada Litorânea	148,73%	71,13%	19,40%	103,46%	97,00%	71,13%
Centro-Sul	14,17%	9,45%	4,72%	33,07%	18,90%	33,07%
Médio Paraíba	59,86%	57,80%	41,28%	45,41%	49,54%	35,09%
Metropolitana I	82,35%	78,18%	61,50%	55,25%	50,03%	53,16%
Metropolitana II	59,75%	67,22%	52,28%	57,26%	59,75%	47,30%
Noroeste	20,18%	141,29%	87,46%	121,11%	201,84%	141,29%
Norte	76,07%	64,80%	98,61%	84,52%	101,43%	64,80%
Serrana	70,31%	67,97%	72,66%	91,41%	79,69%	63,28%
Total	70,82%	67,73%	57,52%	66,18%	68,34%	55,05%

APÊNDICE XII

Percentual de execução de Cardiologia Intervencionista mês a mês por região solicitante

Região de Saúde encaminhadora	Percentual de execução do programado					
	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14
Baía da Ilha Grande	39,81%	109,47%	109,47%	129,37%	89,56%	0
Baixada Litorânea	70,88%	33,57%	0	100,72%	48,50%	48,50%
Centro-Sul	110,14%	136,05%	51,83%	136,05%	110,14%	129,57%
Médio Paraíba	92,47%	98,24%	95,36%	75,13%	98,24%	14,45%
Metropolitana I	130,34%	128,99%	120,93%	119,59%	200,21%	147,80%
Metropolitana II	88,66%	82,01%	84,22%	84,22%	39,90%	82,01%
Noroeste	194,97%	99,86%	90,35%	123,64%	185,46%	166,44%
Norte	98,47%	49,23%	91,90%	65,65%	131,29%	43,60%
Serrana	179,55%	155,43%	144,71%	133,99%	171,51%	125,95%
Total	117,53%	102,29%	95,17%	105,00%	129,72%	89,67%