

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PLANEJAMENTO REGIONAL
E GESTÃO DE CIDADES
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE
CIDADES

André Luís Almeida Peixoto

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA
DAS REGIÕES DE SAÚDE NORTE E NOROESTE FLUMINENSE

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.

Março de 2017.

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PLANEJAMENTO REGIONAL
E GESTÃO DE CIDADES
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE
CIDADES

André Luís Almeida Peixoto

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA
DAS REGIÕES DE SAÚDE NORTE E NOROESTE FLUMINENSE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade
Cândido Mendes – Campos dos Goytacazes/RJ, para obtenção
do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E
GESTÃO DE CIDADES.

Orientadora: Prof^a. Lia Hasenclever, DSc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.

Março de 2017.

FICHA CATALOGRÁFICA

P377a Peixoto, André Luís Almeida.

Arranjos institucionais no serviço de hemodinâmica das regiões de saúde Norte e Noroeste Fluminense./ André Luís Almeida Peixoto– 2017.

125f.; il.

Orientador: Lia Hasenclever.

Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades– Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2017.

Bibliografia: f.92-101 .

1 Planejamento Regional 2. Arranjos Institucionais. 3. Hemodinâmica. 4. Regiões de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I: Universidade Candido Mendes – Campos. II. Título.

CDU: 711.2: 614(815.3)

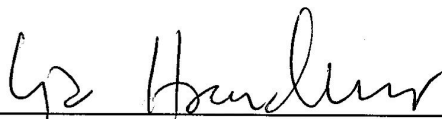
ANDRÉ LUÍS ALMEIDA PEIXOTO

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DAS
REGIÕES DE SAÚDE NORTE E NOROESTE FLUMINENSE.

Dissertação apresentada ao PROGRAMA
de Pós-graduação em Planejamento
Regional e Gestão de Cidades, da
Universidade Candido Mendes –
Campos/RJ, para a obtenção do grau de
MESTRE EM PLANEJAMENTO
REGIONAL E GESTAO DE CIDADES.

Aprovado em 30 de março de 2017.

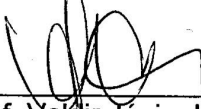
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Lia Hasenclever, D.Sc - Orientadora
Universidade Candido Mendes
Universidade Federal do Rio de Janeiro



Prof^a. Ludmila Gonçalves da Matta, D.Sc
Universidade Candido Mendes



Prof. Valdir Júnio dos Santos, D.Sc
Universidade Candido Mendes



Prof^a. Denise Cunha Tavares Terra – D.Sc
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2017

Dedico esse trabalho, ao meu filho Miguel,
meu amor maior.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, autor da minha existência e aos meus pais Eudes e Regina, que me deram a vida, e com muito amor, carinho e dedicação, me educaram, guiaram e me ensinaram o caminho do bem. Sem eles, eu nada seria. Aos meus irmãos Edvaldo e Edmilson, fontes de minha inspiração. Aos meus sobrinhos muito amados Pedro Arthur; Rafael; Davi e Tiago, cunhadas e a toda minha família.

À minha querida professora e orientadora Lia Hasenclever que teve toda a paciência na orientação desta dissertação, me incentivando em todos os momentos, e com maestria, me conduziu nesta jornada, tornando possível a conclusão desta, além de poder fazer parte do seu Projeto de Pesquisa.

Agradeço também à professora Dr^a Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, pelo contato inicial que deu origem a formulação desta presente dissertação.

Aos membros da banca interna e externa, professores que tenho estima e apreço e a todos os professores deste programa de mestrado, em especial a professora Rosélia Piquet, que foram tão importantes nesta etapa de minha vida.

A amiga Beth Rocha pelo incentivo na escolha deste programa de mestrado.

Aos amigos do mestrado, Adriana Peixoto, Bianca Gonçalves, Carlos Magalhães, Frederico Lima, João Pessôa, Livia Coura, Matheus Coutinho, Thiago França e Viviane Ribeiro, companheiros em todos os momentos.

Ao Instituto Federal Fluminense pelo apoio e a todos meus colegas de trabalho, professores, alunos, bolsistas, estagiários.

Ao amigo Sérgio Augusto, aos entrevistados e colaboradores que tanto me ajudaram na construção deste trabalho.

Agradeço ainda, de forma muito especial a minha esposa Camila Peixoto, que de uma forma única, sempre me deu força, me apoiando sempre, principalmente nos momentos de maior dificuldade e ao meu lindo filho Miguel, que me ilumina com seu sorriso a cada amanhecer. Vocês me dão motivos para continuar sempre buscando dar o melhor de mim.

Vini, Vidi, Vici.

Júlio César

RESUMO

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DAS REGIÕES DE SAÚDE NORTE E NOROESTE FLUMINENSE

O presente trabalho busca compreender como se dá os arranjos institucionais no complexo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, especificamente, como esse arranjo pode influenciar na formatação/desenvolvimento das políticas de assistência à saúde de alta complexidade. O objetivo desta dissertação é abordar a assistência à saúde e sua provisão, levando em consideração a oferta e a demanda do serviço de hemodinâmica, nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense, identificando se o acesso aos pacientes está se dando com qualidade. No campo teórico-conceitual, entende-se a saúde como um dos fatores determinantes das condições de vida e bem-estar. A partir da revisão conceitual, a dissertação percorre o marco institucional das políticas de saúde desde a Constituição Federal de 1988. Foi adotado dois métodos de pesquisa, um quantitativo e qualitativo. O método quantitativo teve dois objetivos na pesquisa. O primeiro apresentar um panorama da situação atual de desenvolvimento e saúde das regiões de estudo, através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O segundo foi conhecer a oferta de unidades de assistência à saúde e demanda de pacientes nessas regiões. O método qualitativo foi realizado por meio de um estudo de caso, através de pesquisa de campo com entrevistas aos sujeitos identificados na pesquisa quantitativa, referente aos municípios ofertantes de serviços de hemodinâmica que compõe o desenho do arranjo institucional. Os resultados apontam que ainda que haja um sistema de saúde público e de acesso universal, a rede de prestação de serviços, principalmente nos serviços de alta complexidade é praticamente financiada somente pelo SUS, mas oferecida em sua maior parte pelo setor privado, e que apesar de haver uma situação favorável da oferta em relação à demanda nessas regiões, o acesso não é garantido em sua plenitude.

PALAVRAS-CHAVE: Arranjos Institucionais. Hemodinâmica. Regiões de Saúde.

ABSTRACT

INSTITUTIONAL ARRANGEMENTS IN THE HEMODYNAMICS SERVICE OF THE NORTH AND NORTHWEST HEALTH REGIONS FLUMINENSE

The present work seeks to understand how the institutional arrangements in the complex Brazilian Unified Health System (SUS) are structured, specifically, how this arrangement can influence the formatting / development of health care policies of high complexity. The objective of this dissertation is to address health care and its provision, taking into account the supply and demand of the hemodynamic service in the north and northwestern regions of Rio de Janeiro, identifying whether access to patients is being given with quality. In the theoretical-conceptual field, health is understood as one of the determinants of living conditions and well-being. From the conceptual review, the dissertation covers the institutional framework of health policies since the Federal Constitution of 1988. Two research methods were adopted, one quantitative and qualitative. The quantitative method had two objectives in the research. The first presents an overview of the current development and health situation of the study regions, through the Municipal Human Development Index (IDHM). The second was to know the supply of care units to the health and demand of patients in these regions. The qualitative method was performed through a case study, through field research with interviews to the subjects identified in the quantitative research, referring to the municipalities that offer hemodynamics services that make up the design of the institutional arrangement. The results indicate that although there is a public health system and universal access, the service delivery network, especially in high complexity services, is practically financed only by the SUS, but is mostly provided by the private sector. If there is a favorable supply situation in relation to demand in these regions, access is not fully guaranteed.

KEY WORDS: Institutional Arrangements. Hemodynamics. Health Regions.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1.	Arranjo Institucional	48
Figura 2.	As nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro	49
Gráfico 1.	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Brasil e Estados Brasileiros, 1991, 2000, 2010.	55
Gráfico 2.	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos Municípios da Região de Saúde Norte Fluminense, 1991, 2000 e 2010.	58
Gráfico 3.	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios da Região de Saúde Noroeste Fluminense, 1991, 2000 e 2010.	59
Gráfico 4.	Percentual total de demanda de pacientes da Região de Saúde Norte Fluminense.	78
Gráfico 5.	Percentual total de demanda de pacientes da Região de Saúde Noroeste Fluminense.	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Contexto da Rede de Urgência e Emergência da Região de Saúde Norte Fluminense	68
Quadro 2.	Unidades de Saúde da Região de Saúde Norte Fluminense	71
Quadro 3.	Unidade de Saúde da Região de Saúde Noroeste Fluminense	71
Quadro 4.	Sujeitos de Pesquisa Identificados.	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Estabelecimentos de saúde da Região de Saúde Norte Fluminense (2009).	53
Tabela 2.	Estabelecimentos de saúde da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2009) .	54
Tabela 3.	Ranking dos municípios das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense (IDHM 2010).	57
Tabela 4.	Percentual do componente longevidade em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Global da Região de Saúde Norte Fluminense, 1991, 2000 e 2010.	61
Tabela 5.	Percentual do componente longevidade em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Global da Região de Saúde Noroeste Fluminense, 1991, 2000 e 2010.	62
Tabela 6.	Morbidade hospitalar das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense (2008-2016).	63
Tabela 7.	Mortalidade por local de residência das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense (1996-2014).	64
Tabela 8.	Taxa de Mortalidade infantil da Região de Saúde Norte Fluminense (2008-2014)	65
Tabela 9.	Taxa de Mortalidade infantil da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2008-2014).	66
Tabela 10.	Demanda de pacientes SIA/SUS da Região de Saúde Norte Fluminense (2008-2016).	76
Tabela 11.	Demanda de pacientes SIA/SUS da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2008-2016).	76
Tabela 12.	Demanda de pacientes AIH/SUS da Região de Saúde Norte Fluminense (2008-2016).	77
Tabela 13.	Demanda de pacientes AIH/SUS da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2008-2016).	77

Tabela 14. Total de Atendimentos em Procedimentos de Hemodinâmica (2008-2016) versus população das Regiões Norte e Noroeste Fluminense.

79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS.	Pesquisa Assistência Médico-Sanitária
ANS.	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA.	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEEP.	Centro de Estatísticas, Estudos e Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro.
CERAC.	Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade.
CES.	Conselho Estadual de Saúde.
CF.	Constituição Federal.
CIB.	Comissões Intergestores Bipartite
CID.	Carga Internacional de Doença
CIT.	Comissão Intergestores Tripartite
CIR.	Comissão Intergestores Regional
CGR.	Colegiado de Gestão Regional
CMS.	Conselho Municipal de Saúde
CNES.	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC.	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CNPq.	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS.	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS.	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ERJ.	Estado do Rio de Janeiro
IAPs.	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH.	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM.	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IFF.	Instituto Federal Fluminense
IPEA.	Instituto de Economia Aplicada
NOAS.	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/91.	Norma Operacional Básica de 1991
NOB/92.	Norma Operacional Básica de 1992
NOB/93.	Norma Operacional Básica de 1993
NOB/96.	Norma Operacional Básica de 1996
NOBs.	Normas Operacionais Básicas
OMS.	Organização Mundial da Saúde
PDI.	Plano Diretor de Investimento
PDR.	Plano Diretor de Regionalização
PIB.	Produto Interno Bruto
PNAU.	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNUD.	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI.	Plano Diretor de Investimento
SAMDU.	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social
SEBRAE.	Serviço Brasileiro de Apoio à Micro e Pequena Empresa
SUS.	Sistema Único de Saúde
UFRJ.	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI.	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	19
1.1.	PROBLEMATIZAÇÃO	20
1.2.	OBJETIVOS	24
1.2.1.	Objetivo Geral	24
1.2.2.	Objetivos Específicos	24
1.3.	JUSTIFICATIVA	25
1.4.	METODOLOGIA E MÉTODOS EMPREGADOS NA PESQUISA	26
1.5.	ESTRUTURA DO ESTUDO	30
2.	MARCO CONCEITUAL, INSTITUCIONAL E EMPÍRICO	32
2.1.	MARCO CONCEITUAL: DESENVOLVIMENTO, SAÚDE E TERRITÓRIO	32
2.2.	MARCO INSTITUCIONAL: SAÚDE E REGIONALIZAÇÃO	36
2.3.	MARCO EMPÍRICO: AS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTUDO E O SEU DESENVOLVIMENTO ATUAL	48
2.3.1.	Região de Saúde Norte Fluminense	50
2.3.2.	Região de Saúde Noroeste Fluminense	52
3.	RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO	67
3.1.	PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO ARRANJO INSTITUCIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	67
3.2.	DISPONIBILIDADE E SUFICIÊNCIA DA OFERTA E DEMANDA DOS SERVIÇOS	70
3.2.1.	Oferta de serviços de hemodinâmica nas regiões de saúde do estudo	70
3.2.1.1.	Hospital Escola Álvaro Alvim	72
3.2.1.2.	Santa Casa de Misericórdia de Campos	72

3.2.1.3.	Hospital Prontocardio	73
3.2.1.4.	Hospital Geral Dr. Beda	73
3.2.1.5.	Fluxo Hemodinâmica da Unidade do Coração (UNICOR)	74
3.2.1.6.	Hospital São José do Avai	74
3.2.2.	Demanda de pacientes para os serviços de hemodinâmica nas regiões de saúde do estudo	75
3.3.	QUALIDADE DO ACESSO	80
3.3.1.	Gestor Municipal de Saúde	82
3.3.2.	Gestor de Unidade Pública	82
3.3.3.	Gestor de Unidade Privada	83
3.3.4.	Planos Privados de Saúde	85
3.3.5.	Representantes de Usuários	85
3.3.6.	Representantes de Associação de Médicos	86
3.3.7.	Representante Comercial de Equipamentos de Alta Complexidade	87
3.3.8.	Assistente Social da Instituição	87
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
	APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 01	102
	APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 02	104
	APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 03	108
	APÊNDICE 4: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 04	113
	APÊNDICE 5: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 05	115
	APÊNDICE 6: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 06	117
	APÊNDICE 7: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS,	119

**REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO
07**

**APÊNDICE 8: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS,
REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO
08**

121

APÊNDICE 9: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

123

1. INTRODUÇÃO

Este estudo está relacionado aos temas de desenvolvimento no território, assistência a saúde e provisão dos serviços pelo setor público e privado. Amartya Sen, economista e filósofo indiano, contribuíram notavelmente para estabelecer uma nova compreensão acerca do conceito de desenvolvimento. Em sua perspectiva, o desenvolvimento passou a incluir, além da dimensão emprego e renda, as dimensões saúde e educação. O foco desse trabalho recairá sobre a dimensão da saúde, como um dos fatores determinantes das condições de vida e bem-estar.

Gadelha et al. (2009) estudam esta dimensão de uma perspectiva territorial, partindo da alegação que o território é o espaço concreto da vida social no qual as políticas e estratégias públicas e privadas se encontram e mostram seu grau de convergência ou divergência.

No campo teórico-conceitual, existem diferentes vertentes de análise da saúde e desenvolvimento, abordaremos nesse estudo duas delas, sendo a primeira a saúde como componente essencial de qualidade de vida e não apenas de ausência de doenças, e a segunda uma atividade que, pela sua natureza, envolve um arranjo político-institucional complexo (GADELHA et al., 2009).

No Brasil, do ponto de vista institucional, nossas leis também enfatizam a importância da saúde como um dos direitos fundamentais do cidadão. A Constituição Federal de 1988 (CF), no seu artigo 6º, estabelece a saúde como um dos direitos sociais. Posteriormente, nos artigos 196 a 200, reconhece a saúde como 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, acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Os serviços de assistência à saúde, no Brasil, são providos por uma rede regionalizada e hierarquizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), onde setores públicos e privados são responsáveis pela prestação desses serviços. Os serviços privados devem seguir as diretrizes e são realizados através de contrato de direito público ou convênio com o SUS (SANTOS 2008).

Segundo Gadelha et al. (2009), assistência à saúde é caracterizada como um conjunto de atribuições e práticas de organização e prestação das ações e serviços de saúde dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, em vários tipos de serviços e de vários níveis de complexidades.

Ainda que haja um sistema de saúde público e de acesso universal, a rede de prestação de serviços, principalmente nos serviços de alta complexidade é praticamente financiada somente pelo SUS, mas oferecida em sua maior parte pelo setor privado.

O objetivo desta dissertação é abordar a assistência à saúde e sua provisão, levando em consideração a oferta e a demanda de um serviço de saúde de alta complexidade e as desigualdades no acesso pelos usuários, como desenvolvido a seguir.

O recorte territorial compreende duas regiões do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), que são as regiões norte e noroeste fluminense, ambas providas de diversos serviços de saúde públicos e privados, além de serem referências estaduais e nacionais na oferta de serviços de alta complexidade, que envolvem alta tecnologia, alto custo e apoio hospitalar.

1.1. PROBLEMATIZAÇÃO

A partir da proposta de acesso universal e igualitário às ações e serviços da saúde com a CF, nota-se em todo país uma dificuldade enorme de equacionar a oferta com a demanda de serviços médicos em geral, principalmente entre unidades

da federação; entre as capitais e os interiores; e entre o acesso aos serviços públicos e privados (SCHEFFER et al., 2015)¹. Entre os motivos apontados na literatura, está a questão da implementação da estratégia de descentralização e regionalização da assistência à saúde, proposta a partir da criação do SUS. Entre os motivos apontados na literatura, está a questão da implementação da estratégia de descentralização e regionalização da assistência à saúde, proposta a partir da criação do SUS (ARRETCHE, 1996; GADELHA et al., 2009; SILVEIRA et al., 2010; VIANA et al., 2010; LIMA et al., 2016).

Esta dificuldade de equacionamento da oferta e demanda é mais grave ainda quando o foco é nas doenças cardiovasculares, devido a alta demanda de casos em todo país. Segundo Kuhn et al. (2015), os problemas cardiovasculares são os mais frequentes causas de morbimortalidade no Brasil e uma das principais causas mundiais de morte, tendo o infarto agudo do miocárdio² como um dos principais provocadores deste quadro.

Para diagnosticar e decidir qual melhor tratamento para pacientes acometidos por um infarto ou com algum tipo embolia³, os procedimentos de hemodinâmica têm se tornado cada vez mais eficazes e menos invasivos, substituindo cirurgias complicadas e diminuindo o risco e o tempo de internação do paciente e, conseqüentemente, o custo total (ANDREAZZI et al., 2014).

O termo hemodinâmica significa movimento do sangue (hemo = sangue e dinâmica = movimento), portanto, é o estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea. Os procedimentos de hemodinâmica podem ser de diagnóstico ou terapêuticos, e, de uma forma geral, se dividem em três grandes áreas que são: Cardiológicos; Vasculares Cerebrais e Vasculares Periféricos. Trata-se de procedimento médico invasivo, permitindo detectar com precisão o grau de obstrução de vasos sanguíneos, ou qualquer anormalidade na estrutura ou função do coração, além de tratamentos para desobstrução. Em ambos os casos são utilizados equipamentos intervencionistas com raios X.

¹ Os autores desenvolveram um trabalho sobre a demografia médica no Brasil, onde alguns dos resultados

² Lesão isquêmica do músculo cardíaco (miocárdio), que na maioria dos casos, deve-se à falta de oxigênio e nutrientes, ocasionado por obstruções nos vasos sanguíneos.

³ Obstrução de algum tipo de artéria ou vaso, por um corpo estranho transportado pela circulação sanguínea.

Por fazer uso de equipamentos de raios X para diagnóstico e tratamento, é uma especialidade da medicina conhecida como Cardiologia Intervencionista, em que os especialistas conseguem realizar exames ou até mesmo intervenções cirúrgicas com o auxílio da imagem, chamados de procedimentos guiados por imagem.

Os procedimentos de hemodinâmica para doenças coronárias são realizados desde os anos 1940 no mundo. No Brasil, os primeiros exames datam de 1966, sendo a primeira Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea⁴, realizada em 1979 (ANDREAZZI et al., 2014).

Esses procedimentos exigem investimentos iniciais elevados. Segundo relato de um administrador, obtido através da pesquisa de campo, o custo de um equipamento de raios X para hemodinâmica, está em torno de dois milhões e meio de reais. Portanto, a escala dos empreendimentos para o oferecimento dos serviços torna-se um elemento fundamental para viabilizá-los. Isso exige que nos municípios onde o serviço for instalado haja um número de pacientes elevado, caso contrário, deve-se pensar em estratégias de assistência à saúde regional e não municipal.

Desta forma, esses tipos específicos de procedimentos, exercem grande influência entre os municípios onde estão instalados nos demais da mesma região de saúde, e quanto maior for o nível de complexidade, maior tende ser a sua região de influência. Acaba se estabelecendo, distâncias geográficas e financeiras entre a oferta e a demanda, menores para determinados grupos, por morarem próximos aos serviços ou terem poder aquisitivo para escolher qual o estabelecimento que deseja atendimento e maiores para outros grupos, que por falta de opção ou escolha, são obrigados a percorrer grandes distâncias (GADELHA et al., 2009).

Quanto mais rápido for o tratamento, melhor será a recuperação do paciente. Devido à isso, a questão tempo versus distância é fundamental. Por esse motivo, a localização dos serviços de hemodinâmica próxima à demanda de pacientes, permite a melhora do atendimento. Nesta ótica, é fundamental observar se o Estado

⁴ Procedimento terapêutico de desobstrução de artérias.

está garantindo o direito de acesso aos serviços de saúde universal e igualitário a todos, como está previsto na CF.

Acesso é um conceito geral, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em acesso à saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. Em outro modelo, o mesmo autor em 1990, amplia o conceito, utilizando o que chamou de "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Já os autores Penchansky e Thomas (1981) discutem acessibilidade como uma dimensão do acesso entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes.

Ambas as visões dos autores supracitados são pertinentes para ajudar na definição e precisão do uso do conceito de acesso. Nessa dissertação o acesso será tratado a partir da análise da estrutura do serviço, do processo de atendimento e dos resultados obtidos, considerando-se também a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes.

Assim, além do problema da relação entre a oferta e a demanda dos serviços de saúde, faz parte também da problemática, a questão do Estado como provedor e regulador dos serviços públicos e privados. Isto é, como o Estado influencia a oferta e a provisão desses serviços no sistema de saúde. Especificamente em relação a provisão, tem se observado ultimamente que o Estado tem sido incapaz de expandir a oferta de serviços públicos e recentemente a expansão da oferta privada tem sido muito maior do que a pública (ANDREAZZI et al., 2014).

Estudos (HILLMAN, 1986); (CALIL, 2001); (GEYMAN, 2003); (SANTOS JÚNIOR, 2006); (ANDREAZZI et al, 2010); (ANDREAZZI et al., 2014) apontam que a relação de oferta e demanda de serviços de alta complexidade sofre diversos problemas tais como, os custos crescentes da tecnologia; a superutilização de serviços quando há excesso de oferta, que encadeia risco de exposição dos pacientes; a dificuldade de acesso pelos pacientes mais necessitados ao agendar os

exames e procedimentos e o co-pagamento de exames complexos no serviço público.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

É analisar como se dá a oferta de serviços de saúde, a partir dos setores públicos e privados, em relação à demanda dos pacientes e a qualidade da acessibilidade para sua assistência.

Para alcançar esse objetivo, foi realizado um estudo de caso da oferta e demanda dos serviços de hemodinâmica nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense, observando se o Estado está assegurando os fluxos para estes serviços, superando limites políticos-administrativos e barreiras geográficas. A dimensão da qualidade e da distribuição geográfica serão consideradas na avaliação dos serviços de hemodinâmica oferecidos nessas duas regiões.

1.2.2. Objetivos Específicos

- (I). Estudar a partir da CF, a política de assistência a saúde e as atribuições dos vários níveis da federação (Federal, Estadual e Municipal) para entender o papel regulador de cada um dos níveis da federação no processo de descentralização da assistência à saúde;
- (II). Verificar quais os arranjos institucionais entre o setor público e privado na oferta desses serviços (quem recebe e quem direciona esses pacientes);
- (III). Identificar a oferta dos prestadores de serviço de hemodinâmica nas regiões norte e noroeste fluminense;
- (IV). Identificar a demanda dos pacientes necessitados de tratamentos em hemodinâmica nas regiões citadas;

(V). Verificar se a demanda de pacientes atendidos por esse serviço se restringe a habitantes dos municípios envolvidos nesse recorte territorial ou num espaço geográfico mais abrangente;

(VI). Verificar a qualidade do serviço oferecido através da adequabilidade do tempo de atendimento do paciente frente ao seu deslocamento, devido à distância dos serviços ofertados.

1.3. JUSTIFICATIVA

Este estudo visa contribuir com a compreensão dos padrões da prática existente quanto à utilização dos exames de hemodinâmica, suas possibilidades diferenciadas de acesso e os resultados alcançados pelo sistema de saúde em termos de acessibilidade, conhecendo a estrutura de oferta e de demanda do setor nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense e o arranjo institucional responsável por sua provisão.

Esta dissertação está inserida no Projeto de Pesquisa “Reflexo das Políticas Industriais e Tecnológicas da Saúde Brasileira na Produção Local e no Fornecimento ao SUS”, coordenado pela Professora Lia Hasenclever e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em execução no Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O recorte realizado para esta dissertação e sua contribuição esperada é agregar a este Projeto a preocupação espacial da assistência médica a um território específico, tema pertinente ao Programa de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes - Campos.

O setor de hemodinâmica possui um grande dinamismo econômico e, conseqüentemente, sofre grande influência das decisões públicas e de incorporação privada de tecnologias de saúde. Seus equipamentos tem um custo elevado e exigem elevados custos de manutenção. É relevante a apreensão da dinâmica do setor, identificando os arranjos institucionais entre os sujeitos envolvidos na tomada de decisão sobre incorporação, difusão, financiamento e utilização desses

equipamentos, visando melhores condições de saúde para população e desenvolvimento regional.

Espera-se contribuir com o planejamento das políticas públicas voltadas para o serviço de hemodinâmica nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense, verificando se o arranjo institucional existente é ou não capaz de assegurar o direito à saúde dos pacientes desse tipo específico de serviço.

1.4. METODOLOGIA E MÉTODOS EMPREGADOS NA PESQUISA

A pesquisa realizada nesta dissertação é de natureza aplicada, se enquadra no tipo de pesquisa teórica/empírica de finalidade exploratória, com abordagens quantitativas e qualitativas. A abordagem conceitual a ser utilizada será desenvolvida no segundo Capítulo.

Para atingir o objetivo de análise da oferta e da demanda dos serviços de hemodinâmica nas regiões norte e noroeste fluminense, identificou-se, a dinâmica estabelecida entre a oferta e a demanda, os arranjos institucionais firmados entre o setor público e privado, e a acessibilidade dos pacientes ao serviço de saúde ofertado.

Entende-se por arranjo institucional o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam os atores e interesses na execução de uma política pública específica (FIANI, 2011).

Nesta pesquisa, o arranjo institucional da oferta é uma combinação entre a provisão pública e privada dos serviços no contexto institucional brasileiro de assistência à saúde. Isto porque no Brasil, apesar da existência de um sistema público de saúde, apenas 45% das despesas de saúde realizadas são de responsabilidade do setor público (HASENCLEVER et al., 2016).

Além disso, há uma forte tradição histórica da provisão de saúde pelo setor privado desde o ano de 1960, no governo do presidente Juscelino Kubitschek, quando diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) construíram hospitais próprios, para melhor atender às suas demandas, oferecendo qualidade

aos serviços ofertados, devida à insatisfação com os serviços de saúde previdenciário (OLIVEIRA, 2016).

O arranjo entre os agentes públicos e privados se dá, na medida em que as disponibilidades dos agentes públicos sejam insuficientes, para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Nessas áreas pode-se recorrer aos agentes privados, mediante contrato ou convênio. É de competência do poder público celebrar esses contratos, bem como controlar e avaliar sua execução (BRASIL, 1990).

O Arranjo Institucional estudado é composto pelas seguintes organizações: Gestoras (nacional, estadual e municipal), que têm como atividade e responsabilidade comandar um sistema de saúde, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; Comissões Intergestoras como foros de negociação e deliberação; Colegiado Participativo (Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Estadual de Saúde – CES e Conselho Municipal de Saúde - CMS); Agências Reguladoras: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esta última encarregada especificamente dos prestadores de serviços de saúde privados; Executoras: Saúde Pública e Saúde Suplementar.

Buscar-se-á com essa dissertação mostrar como esse arranjo institucional pode influenciar na formatação/desenvolvimento das políticas de assistência à saúde de alta complexidade nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense. Especificamente, se o acesso aos pacientes está se dando com qualidade em suas dimensões apontadas pelos autores Donabedian (1980) e Perchansky e Thomas (1981), anteriormente mencionadas.

A hipótese implícita é que o arranjo institucional pode facilitar a acessibilidade com qualidade para os pacientes das regiões de estudo aos serviços de hemodinâmica ou dificultá-la. Isso dependerá do funcionamento efetivo na prática desse arranjo.

A pesquisa adotou quatro tipos de métodos para responder a hipótese formulada: análise documental, quantitativo, qualitativo e técnica de observação. A

análise documental teve como objetivo, construir historicamente o marco institucional da saúde, além de identificar os sujeitos que compõem o arranjo institucional referente aos serviços de hemodinâmica nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense. Para esse fim, foi apreciado em toda a parte legal da implantação; descentralização e regionalização do SUS, a partir da CF de 1988 até a regulamentação da lei do SUS, realizada pelo Decreto 7.508 de 2011.

O método quantitativo teve dois objetivos na pesquisa. O primeiro mostrar um panorama da situação atual de desenvolvimento e saúde nas regiões de estudo. O segundo foi conhecer a oferta de unidades de assistência à saúde e demanda de pacientes nessas regiões. As informações empregados para atingir o primeiro objetivo foram os indicadores sintéticos do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal⁵ (IDHM) nos anos de 1991, 2000 e 2010, taxa de mortalidade hospitalar nos anos 2008 a 2016, taxa de mortalidade por local de residência nos anos de 1996 à 2014, taxa de mortalidade Infantil nos anos de 2008 à 2014 e estabelecimentos de saúde no ano de 2009. Os resultados desse levantamento serão apresentados no Capítulo II.

Para atingir o segundo objetivo, utilizou-se dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), dos Planos Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, do Censo Populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Carga Internacional de Doença (CID), do período compreendido entre 2008 à 2016. Para análise realizada em relação aos dados quantitativos empregou-se o método de estatística descritiva, elaboração de tabelas de evoluções e comparativas das regiões de estudo com o ERJ e o Brasil. Os resultados desse levantamento serão apresentados no Capítulo III.

O método qualitativo foi realizado por meio de um estudo de caso (YIN, 2015), através de pesquisa de campo com entrevistas aos sujeitos identificados na

⁵ O IDHM é uma adaptação do conhecido IDH da Organização das Nações Unidas (ONU), que busca medir o desenvolvimento humano com base em indicadores de saúde, educação e renda. O objetivo do IDHM é o mesmo do IDH, e parte das mesmas proposições, porém visa se adequar às especificidades brasileiras adaptando a metodologia global ao contexto local e à disponibilidade de indicadores nacionais. O IDHM é produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com o Instituto de Economia Aplicada (IPEA) e pela Fundação João Pinheiro.

pesquisa quantitativa, referente aos municípios ofertantes de serviços de hemodinâmica que compõe o desenho do arranjo institucional relativo às regiões de saúde norte e noroeste fluminense, realizada nos meses de novembro de 2016 à fevereiro de 2017. Adicionalmente utilizou-se a técnica de observação participante nas visitas aos prestadores de serviços do recorte territorial proposto.

Os sujeitos de pesquisa estão elencados a seguir:

- (1). Gestor municipal de saúde;
- (2). Gestor de unidade pública;
- (3). Gestor de unidade privada;
- (4). Planos privados de saúde;
- (5). Representante de usuários;
- (6). Representante de associação de médicos;
- (7). Representante comercial de equipamentos de alta complexidade;
- (8). Assistente Social da Instituição.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado específico para cada tipo de sujeito. As principais questões abordadas foram:

(A). Identificação

(B). História: Quando foi criado o estabelecimento, quando foi criado/atualizado/regulado a oferta de hemodinâmica, elementos da trajetória.

(C). Estratégias: Quanto a:

(C1). Cobertura (assistencial/resposta as necessidades dos usuários: estratégias de seleção e relacionamento entre financiadores públicos ou privados e prestadores).

(C2). Financiamento: Linhas privadas de financiamento utilizadas, formas de acesso a recursos públicos.

(C3). Concorrência: Inovação, expansão, marketing, preços, convênios público/privados, relações com o SUS, pagamento dos procedimentos, relação com os outros sujeitos.

(C4). Regulação: Autorização de instalação, de exames, controle de qualidade dos equipamentos.

(D). Resultados: Estabilidade, tempos de espera, qualidade dos exames e distância geográfica para acesso aos procedimentos.

Investigou-se com essas questões a relação entre a oferta e a demanda sobre o ponto de vista da qualidade dos serviços, tempo de atendimento, distância percorrida e fatores históricos que facilitam ou dificultam a implementação do arranjo institucional na territorialização da saúde. Os questionários semiestruturados das entrevistas aplicados aos sujeitos de pesquisa, encontram-se nos Apêndices de 1 a 8.

O material coletado através das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo. As entrevistas foram transcritas e analisadas do ponto de vista crítico, onde tomou-se cuidado com o discurso dos entrevistados, por conta da posição funcional e social dos mesmos (BARDINI, 2006).

O termo de consentimento livre e esclarecido que foi apresentado a todos os sujeitos de pesquisa encontra-se no Apêndice 9.

1.5. ESTRUTURA DO ESTUDO

A dissertação divide-se em quatro Capítulos:

(I). Primeiro Capítulo: Concerne à introdução, apresentando toda a estrutura e caminhos para o desenvolvimento da pesquisa.

(II). Segundo Capítulo: Foi subdividido em três seções, onde se discutiu questões conceituais relevantes ao tema da pesquisa. A primeira seção define os termos desenvolvimento, saúde e território e suas relações. A segunda seção resume a história da regionalização da saúde com base nas ações institucionais e legais a

partir da CF e dos princípios e diretrizes do SUS. Na terceira seção apresenta-se um panorama do estágio de desenvolvimento atual das regiões de saúde norte e noroeste fluminense, utilizando a evolução dos seus índices de desenvolvimento humano e indicadores sociais relativos à saúde.

(III). Terceiro Capítulo: São apresentados e discutidos os resultados do estudo realizado, dividido em três seções. Na primeira seção analisa-se o arranjo institucional no âmbito regional. Na segunda, a disponibilidade de oferta de serviços e demanda dos pacientes no território e, na terceira, a qualidade da assistência à saúde e sua provisão.

(IV). Quarto Capítulo: Conclusões e considerações finais.

2. MARCO CONCEITUAL, INSTITUCIONAL E EMPÍRICO.

Este Capítulo está dividido em três partes, onde se buscou fazer uma análise teórico/empírica sobre saúde e desenvolvimento, para se adquirir uma visão sistemática do objeto de estudo.

2.1. MARCO CONCEITUAL: SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E TERRITÓRIO.

A área de Saúde se destaca no campo do desenvolvimento em sua dimensão geral e territorial, sendo um dos fatores determinantes das condições de vida e do bem-estar (GADELHA et al., 2009).

Segundo Souza (2012), a relação entre saúde e desenvolvimento pode ser analisada através de três perspectivas, sendo a primeira a distinção entre crescimento econômico e desenvolvimento: o aumento do Produto Interno Bruto (PIB) torna um país mais rico, mas não necessariamente o torna desenvolvido se as condições de vida das pessoas, incluindo seus níveis de saúde, não melhoram.

A segunda perspectiva diz respeito aos efeitos das condições de saúde sobre o desenvolvimento econômico. Para Sen (2010) investir em educação e em saúde tem um efeito muito positivo sobre o desenvolvimento, porque capacita os indivíduos a exercerem a sua liberdade de escolha.

E a terceira traz a relação entre saúde e desenvolvimento como uma contribuição da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde para a geração de riqueza. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que os recursos mobilizados pelo setor da saúde correspondem a 9,7% do PIB mundial, um montante estimado de 5,3 trilhões de dólares em 2007. No Brasil o setor da saúde apresenta gastos da ordem de 9% do PIB e emprega cerca de 10% do total de trabalhadores assalariados (SOUZA, 2012).

A questão regional analisada por essa dissertação nos aproxima da primeira e da segunda perspectivas, considerando que a experiência histórica e a teoria econômica evidenciam que o crescimento do volume de riquezas, como medido pelo PIB, não é suficiente para produzir bem-estar social. Segundo essa evidência, é

necessário articular, em uma só estratégia, as políticas de desenvolvimento e as políticas sociais. A renda é importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim (SOUZA, 2012).

A partir da segunda perspectiva, o desenvolvimento tem que ser visto como uma janela de oportunidades, que eliminam todas as privações de liberdade que limitam as escolhas para que o ser humano tenha capacidade de ser o que desejar. A privação da liberdade está diretamente ligada à carência de serviços públicos e assistência social a toda população. Nas palavras de Sen “o que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habitadoras como boa saúde, educação básica e incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas” (SEN, 2010, p. 18).

Segundo Sen (2010), desenvolvimento é o processo de ampliação das liberdades das pessoas, com relação às suas capacidades e as oportunidades a seu dispor, para que elas possam escolher a vida que desejam ter. O processo de expansão das liberdades inclui dinâmicas sociais, econômicas, políticas e ambientais necessárias para garantir uma variedade de oportunidades para as pessoas, bem como o ambiente propício para que cada uma exerça, na plenitude, seu potencial.

Em outras palavras:

O crescimento econômico de uma sociedade não se traduz automaticamente em qualidade de vida e, muitas vezes, o que se observa é o reforço das desigualdades. É preciso que este crescimento seja transformado em conquistas concretas para as pessoas: crianças mais saudáveis, educação universal e de qualidade, ampliação da participação política dos cidadãos, preservação ambiental, equilíbrio da renda e das oportunidades entre todas as pessoas, maior liberdade de expressão, entre outras (PNUD BRASIL, 2013).

Para Sen, é preciso estar atento se os direitos civis e políticos dos indivíduos estão sendo garantidos, pois contribuem diretamente na conquista dos direitos econômicos.

Nesta ótica, surge o conceito de desenvolvimento humano, juntamente como sua medida, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), idealizado pelo

economista paquistanês Mahbub ul Haq, e com a colaboração do economista Amartya Sen, que foram apresentados em 1990, no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Este conceito vai muito além do viés puramente econômico e considera outras vertentes que influenciam a qualidade de vida como características sociais, culturais e políticas (PNUD BRASIL, 2013).

O IDH têm sido o indicador de referência mais utilizado nas análises comparativas do grau de desenvolvimento dos Estados Nacionais e das regiões, reúne três dos requisitos mais importantes para a expansão das liberdades das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (saúde), de ter acesso ao conhecimento (educação) e de poder desfrutar de um padrão de vida digno (renda), diferentemente do PIB, incorpora a saúde como um de seus três componentes principais (SEN, 1999); (GADELHA et al., 2009); (PNUD BRASIL 2013).

Esta perspectiva de análise do tema saúde e desenvolvimento é compatível com a primeira perspectiva que entende que o desenvolvimento de uma sociedade, seu padrão tecnológico, deve estar alinhado com suas demandas de modo a garantir certa autonomia tecnológica para superar o subdesenvolvimento (FURTADO, 1998).

Essa definição de desenvolvimento incorpora a importância do bem estar da população, como A. Sen, e mostra como as decisões de incorporação tecnológica e de oferta de serviços de saúde, são politizadas, e estão longe de serem neutras.

Este conceito de desenvolvimento parte das perspectivas acima apontadas e sugere a clara interpenetração de aspectos históricos, políticos, institucionais, sociais e econômicos que irão influenciar a oferta de serviços de saúde e o abandono de uma concepção unidimensional que privilegiava a dimensão econômica do desenvolvimento.

Entre os estudiosos do tema é cada vez mais relevante a variável institucional, a qual pode ser representada pela interação entre os atores e as instituições que compõem o marco institucional do objeto de estudo, conformando o arranjo institucional. Entende-se que os arranjos envolvem capacidades que

facilitam ou dificultam execução de políticas públicas na medida em que proveem uma forma de governança entre as instituições participantes do arranjo institucional.

Segundo Zylbersztajn e Nogueira (2002), a presença de vários tipos de arranjos institucionais pode ser explicada por variações no ambiente institucional, dependência de trajetória (path dependence), ou ainda pela existência de rotinas específicas e não transferíveis, sem mencionar a situação de ajuste entre formas de governança atuais e futuras, movidas por modificações nas características das transações.

Para Oliveira (2016), existe no Brasil, uma forte tradição histórica da provisão de saúde pelo setor privado, por esse motivo, ao analisar o setor de saúde, deve-se remeter também aos conceitos de “path dependence” e “custos de transação”, onde, o contexto histórico pode facilitar ou dificultar as mudanças na forma de organização destes serviços. O setor público de saúde sempre esteve numa situação desprivilegiada em relação ao setor privado, onde altos investimentos e recursos são necessários (SANTOS 1994).

Outro aspecto relevante do estudo do desenvolvimento é que o local tem assumido um papel cada vez mais importante diante do refluxo das economias nacionais e das administrações políticas e econômicas que o Estado exercia sobre o espaço nacional (FAURÉ e HASENCLEVER, 2005); (BRANDÃO, 2007).

Desta forma, as práticas referentes aos direitos sociais estão ancoradas no aparato institucional à disposição da sociedade através de seu território. Logo: o indivíduo apenas terá oportunidade de exercer os seus direitos, quando o território dispor das infraestruturas e dos serviços associados. Não basta o acesso estar garantido em lei (conceito abstrato), é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social (SANTOS 1994); (CASTRO, 2011).

Fora do território a cidadania é apenas uma intenção e, além disso, em cada território a infraestrutura e os serviços associados podem não ser igualmente distribuídos, deixando de garantir a qualidade no acesso. Segundo Cordeiro (1985):

As formas e qualificações de acesso aos bens de saúde são variadas entre as regiões do país e, dentro de uma mesma região, em dada unidade

urbana, entre grupos sociais, etc., reproduzindo as relações de classe da formação social brasileira (p.178).

Essas serão as definições de saúde, desenvolvimento e território utilizados nessa dissertação. A saúde é encarada como uma dimensão fundamental do desenvolvimento. Esse, por sua vez, não é reduzido à dimensão de crescimento econômico, mas incorpora uma visão de saúde como aspecto importante da melhora do padrão de vida dos indivíduos. Finalmente, parte-se da visão de que essas relações se dão de forma específica e particular em cada tempo e lugar, adotando-se o conceito de "território usado" ⁶.

2.2. MARCO INSTITUCIONAL: SAÚDE E REGIONALIZAÇÃO

No Brasil o marco institucional da saúde e sua regionalização foi construído a partir de 1988, com a promulgação da CF, até 2009, com os desdobramentos de sua implementação. De fato, é somente a partir desta Constituição, que ficou conhecida como Constituição Cidadã, que a saúde foi reconhecida como um direito social, havendo uma preocupação do Estado brasileiro em garantir acesso igualitário à saúde, declarando que:

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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao longo da história da saúde no Brasil, observa-se uma ausência de políticas públicas universais de saúde até a Constituição Federal (CF). Em momentos anteriores, eram aplicadas somente medidas voltadas ao controle e redução de endemias e epidemias. Num segundo momento, surgiram campanhas sanitárias e constituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões, Institutos de Aposentadorias e Pensões, culminando com a criação de um Ministério (PAIVA, 2016).

⁶ Um aprofundamento sobre o conceito, pode ser consultado em Santos (1994) e Castro (2011).

Segundo Cortes (2014) foi a partir da Constituição Federal (CF). que foram expressos os ideais reformistas do “movimento sanitário”, que teve início nos anos 1980, em um contexto marcado pela redemocratização das instituições políticas no país.

Para garantir a saúde como direito a todos, o Estado assume a responsabilidade de diversas funções na gestão da saúde como formulação da política, planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços, sendo compartilhada entre os entes federativos, e legitimada com a participação social mediante os conselhos de saúde (LIMA et al., 2010).

Para Gerschman e Castanheira (2013):

O reconhecimento da saúde como um bem público na CF abriu caminho para sua tradução em bases legais e normativas, inclusive nas Constituições Estaduais. A partir daí, contava-se com um marco legal que desenhava o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro (p.89).

Seguindo os princípios e diretrizes da Constituição Federal (CF), várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização plena do direito à saúde. Sob o âmbito jurídico foi criado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8.090/90 e 8.142/90), o Sistema Único de Saúde (SUS) que introduziu mudanças significativas no sistema de serviços de saúde sob a lógica da integralidade, descentralização municipalizante, regionalização, participação social e hierarquização (GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2013).

O SUS agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal; e os serviços privados desde que contratados ou conveniados (BRASIL, 1996). Desde o início do processo de implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96), voltadas direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, orientando a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS. As normas apesar de serem formalizadas pelo Ministério da Saúde têm seu conteúdo definido de forma pactuada entre o Estado e representantes dos Conselhos (BRASIL, 1996).

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos: induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores; normatizar o SUS (BRASIL, 2003).

A primeira Norma Operacional Básica (NOB) foi instituída pelo Ministério da Saúde, no ano de 1991. É importante ressaltar que nesse primeiro momento, todas as funções de planejamento, formulação de política pública de saúde, regulação e auditoria ficariam sob a responsabilidade da União e dos órgãos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em relação à prestação de serviços, caberia aos estados realizar ações somente em caráter transitório (GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2016).

Após revisão, a nova NOB foi decretada em 1993, trazendo algumas funções para o nível estadual, mostrando uma evolução, mas ainda sem nenhuma atribuição sobre formulação de política pública de saúde e planejamento para o nível estadual. Ficou estabelecido que fosse de responsabilidade deste somente, o controle e avaliação do financiamento da saúde. Esta norma também ressaltou a descentralização municipal, e ainda institucionalizou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a nível federal e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a nível estadual com municipal, criando assim, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas (GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2016).

Em 1996, após o êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 e amplas discussões no setor saúde, foi construída uma nova Norma Operacional Básica que representou um progresso da qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o País. Em outras palavras:

A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios (BRASIL, 2003).

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, foi implementada no ano de 2001 a Norma

Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01). Esta foi revista e publicada em 2002 (NOAS/SUS 01/02), estando atualmente em vigor, regulamentando a regionalização da prestação de serviços do estado como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de “maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001); (BRASIL, 2003).

As NOAS trouxeram o conceito de territorialidade não restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde.

A regionalização da assistência visa imprimir maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema, através de maior racionalização no uso dos serviços de saúde, a ser alcançada através da organização e articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade, descentralizando as ações e serviços de saúde no âmbito municipal, ou seja, “as ações de saúde não ficariam confinadas apenas aos territórios municipais e, portanto, passariam a ser de responsabilidade coordenadora do estado” (GERSCHMAN e CASTANHEIRA, 2016, p.111).

Segundo Viana et al. (2010):

Até a edição da NOAS, publicada no ano de 2001, houve uma dificuldade em se traçar estratégias políticas que garantissem a integração das ações e serviços de diferentes níveis de complexidade situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos. Embora essa norma não trouxesse avanços significativos para adequação regional dos processos de descentralização em curso, em função da excessiva normatividade técnica e rigidez embutida na proposta de conformação das microrregiões e regiões de saúde, é inegável que estimulou o planejamento regional no âmbito dos estados (p.2319).

De fato, observou-se que, com as NOAS foi instituído alguns instrumentos de planejamento para atender a regionalização na descentralização das ações e serviços de saúde, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR)⁷, o Plano Diretor

⁷ A NOAS institui o Plano Diretor de Regionalização – PDR como instrumento de formação do processo de regionalização da assistência a saúde onde fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos

de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).

O PDR é um mecanismo de ordenamento da regionalização e planejador da distribuição e articulação das ações e serviços assistenciais baseado nas necessidades e prioridades de cada região, cabendo às secretarias de saúde dos Estados e do Distrito Federal sua elaboração, garantido o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2003).

Regionalização de saúde significa a definição de um território para assistência, e cabe ao gestor estadual em articulação com os gestores municipais, organizar o território em regiões de saúde. O conceito de região de saúde vêm sendo definido como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (RIO DE JANEIRO, 2012).

Nesse contexto o PDR tem por objetivo expressar o desenho do processo de identificação das regiões de saúde no estado, implicando o reconhecimento das especificidades e do arranjo político-institucional pactuado, em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Para alcançar tais objetivos, deve-se dividir o território a partir de Regiões de Saúde, Módulo Assistencial, Município-Pólo de uma região ou microrregião e Microrregião de saúde (GADELHA et al., 2009).

Destaca-se que o município-pólo de uma região é um “município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção” (BRASIL, 2002).

de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria N° 373, de 27 de fevereiro de 2002).

De acordo com a divisão regional da NOAS, apesar do PDR ter o dever de garantir o acesso dos cidadãos, nem todos os municípios conseguem implementar a prestação integral da assistência à saúde, ou seja, as experiências de descentralização de atendimento à saúde ainda estão em construção.

Conforme citado no início deste Capítulo, antes da Constituição Federal (CF), só existiam medidas relativas à saúde por parte do governo, não existindo políticas públicas universais. Uma dessas medidas foi a criação da assistência médica domiciliar e de socorro urgente, sob a denominação de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), subordinada ao Ministério do Trabalho, pelo Decreto nº 27.664, de 30 de Dezembro de 1949, que no seu artigo primeiro diz que tal assistência é destinada:

Aos assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões será prestada por intermédio de "comunidades de serviços", [...] sediadas no Instituto ou Caixa que o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio designar, de acordo com a maior conveniência de realização do serviço (BRASIL, 1949).

Após dez anos, o SAMDU foi regulamentado Decreto nº 46.349, de 3 de julho de 1959, estendendo ainda a prestação de serviços de urgência e socorro inicial em seus postos, aos segurados acidentados no trabalho, a demais entidades trabalhistas (BRASIL, 1959). Nesse contexto, surge então uma tentativa de implantar um serviço de atendimento pré-hospitalar de emergência enquanto "política pública nacional" (PAIVA,2016).

Mediante crescimento de demanda para atendimentos de urgência e emergência⁸, e o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a essa demanda, é que o Ministério da Saúde implanta diversas medidas, tendo destaque a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, através da Portaria n.º 1863/GM, de 29 de setembro de 2003. Como estratégias da PNAU, realça-se as Unidades de Pronto

⁸ Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a crescente demanda por serviços nesta área, nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes, da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL, 2007).

Atendimento (UPAs), a Central de Regulação Médica de Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e o Programa Saúde da Família (PSF).

O'Dwyer et al. (2016) afirmam que a PNAU foi implementada em partes em todo o ERJ, de forma fragmentada, começando pelo SAMU em dois momentos, do ano de 2000 a 2003 e depois, de 2004 a 2008, e que a partir de 2009 teve destaque a implantação das UPAs. Até o ano de 2016 essa política não foi completamente instaurada, devido situações de conflitos políticos e divergências relacionados à insuficiente pactuação entre gestores para o financiamento, conforme palavras dos autores:

O processo de implantação dos SAMU no estado foi marcado por tensões políticas e fragilidades de gestão e coordenação. Em consequência, persistem sérios limites na articulação dos SAMU com os demais serviços e na regionalização da atenção às urgências no estado (O'DWYER et al., 2016, p. 2189).

Alguns conceitos alusivos ao atendimento de urgência surgiram durante a Guerra Civil Americana, uma vez que um pronto atendimento pré-hospitalar no campo de batalha, era decisivo para a sobrevivência dos feridos, segundo a Phtls (2004), citado por Paiva (2016). Esses mesmos conceitos são chaves para a qualidade dos serviços de saúde, principalmente os de alta complexidade como o caso dos serviços de hemodinâmica, tendo como objetivo principal a redução dos casos de morbimortalidade, dentro do sistema.

O autor supracitado ressalta os conceitos de **segurança da cena**, onde o objetivo é evitar tornar vítima e evitar a ocorrência de novas vítimas; o **exame primário**, que é o tratamento das lesões que elevem o risco de vida e o **transporte rápido**, para um local com mais recursos (PAIVA, 2016).

Paiva (2016) constatou que o contexto da saúde no Brasil antes da PNAU, era marcado por: baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde; um modelo assistencial fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; insuficiência e má utilização das portas de entrada dos casos de média e alta complexidade; escassez de leitos hospitalares

qualificados, deficiências estruturais em infraestrutura e pessoal na rede assistencial; inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores; baixo investimento na qualificação e formação permanente dos profissionais de saúde; dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações, incipiência nos mecanismos de referência e contra referência; escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas e falta de regulação.

Todos esses casos dificultam a qualidade do acesso aos serviços de saúde no SUS, e esperava-se que com a implementação da PNAU, fossem resolvidas. O caso estudado nesta dissertação, conforme poder-se-á observar no Capítulo III, mostrará que ainda permanecem alguns dos problemas apontados pelo autor acima citado.

Dando sequência a construção do marco institucional, no ano de 2007, foi firmado entre as três esferas do governo, o Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais do SUS com o compromisso de promover um novo processo de regionalização. O Pacto têm com o objetivo, melhorar os instrumentos de gestão visando atingir maior eficiência e qualidade (RIO DE JANEIRO, 2008). Para Gerschman e Castanheira (2016, p.113), “o Pacto avança na construção de um sistema de referência intermunicipal e, como novidade, interestadual, considerando inclusive as regiões fronteiriças”.

A consolidação do processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, só seria buscada quando em 2008, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, através da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto do mesmo ano. Essa regulação vale para todo o país, sendo respeitadas as competências das três esferas de gestão, e deve ser vista como o instrumento que possibilitará a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (BRASIL, 2008).

Essa política opera em três dimensões, impreterivelmente integradas entre si, que são:

(1). Regulação de Sistemas de Saúde: onde os sujeitos são os gestores públicos e têm como função regular; controlar e avaliar os sistemas de saúde;

(2). Regulação da Atenção à Saúde: que deve ser exercida pelas secretarias estaduais e municipais, com objetivo de garantir a adequada prestação de serviços à população em ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados;

(3). Regulação do Acesso à Assistência: que têm como objetivo a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Portaria 1559/2008, estabelece que a regulação é “efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”. Destaca-se que:

Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial (BRASIL, 2008).

Entretanto, a regulação do acesso é estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, conforme as regiões de saúde dos estados.

Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, a regulação, pois "cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais" (BRASIL, 2009).

Resalta-se que concerne à União a cooperação técnica e financeira com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; a operacionalização da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) e o monitoramento da implementação e da operacionalização das Centrais Estaduais (BRASIL, 2008).

Aos estados cabe a operacionalização do Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional, a operacionalização da Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) e o estabelecimento de forma pactuada e regulada as referências de atendimento entre Estados. E aos municípios a operacionalização do complexo regulador municipal, viabilizar o processo de regulação do acesso, coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação (BRASIL, 2008).

Ainda sobre o âmbito jurídico do marco institucional, no ano de 2011, a Lei nº 8.080 (de criação do SUS) foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508, onde dispõe de diretrizes para **organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa** (BRASIL, 2011).

No que se refere a organização do SUS, o decreto reafirma que o SUS é composto por uma rede de ações e de serviços, sob forma de rede regionalizada demarcada por um território, que precisa ser adaptada às necessidades de cada local, pois existem diferenças entre si, além de níveis de complexidade (primária, média e alta complexidade) crescente para dinamizar o acesso e atendimento ao usuário. Paiva (2016, p.83), reafirma que “as redes de saúde têm sua configuração obedecendo a uma série de critérios, entre eles questões geográficas e culturais” e cada país possui um modelo diferente.

Segundo Mendes (2011, apud PAIVA, 2016):

A organização das redes de ações e serviços, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estrutura-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical; processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção (p.85).

O acesso ao SUS é entendido como portas de entrada ao sistema e se dá através do nível de complexidade do estado de saúde do usuário. Essas portas de entrada são: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços de saúde específicos que são chamados de especiais de acesso aberto.

Relativamente a planejamento de saúde, é um processo de planejamento articulado entre as três esferas de governo, onde se deve ajustar os recursos com

as necessidades das políticas públicas de saúde, seguindo as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O planejamento deve ser ascendente, tendo como base os municípios, por estar mais próximos às realidades da população.

A assistência à saúde é a integralidade da assistência dentro da rede de atenção à saúde, seja ela regional ou interestadual, conforme pactuado entre as Comissões Intergestores, que são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos e compõem a articulação interfederativa. A peculiaridade do Decreto 7508/11, em comparação às NOB e NOAS supracitadas, é a criação da Comissão Intergestores Regional, que têm com objetivo estabelecer um canal de discussão e articulação de interesse regional, entre os gestores municipais.

Conclui-se que o processo de regionalização e descentralização da saúde apesar de ter sido instituído em 1988 com o novo pacto federativo, tem sido lento e moroso com a publicação de leis, decretos, portarias e normas até o ano de 2011. Ou seja, 23 anos para que o marco institucional da regionalização pudesse ter sido construído.

Para Arretche (1996), em comparação com outras áreas vinculadas aos programas sociais, foi no campo dos programas de saúde pública, que sucederam os maiores avanços em direção a descentralização, devido à coalizão favorável entre gestores nos três níveis da federação, instituições do governo e prestadores de serviços que resultaram uma efetiva reforma no setor.

Essa consolidação democrática trouxe à arena política um conjunto de atores que atuam diretamente nas decisões políticas. Por outro lado, os processos de descentralização vêm sendo construído sofrendo muitas intervenções políticas, como aponta Silveira et al. (2010):

A descentralização está inserida no contexto da redemocratização, sendo um processo, sobretudo político, e não meramente técnico-administrativo, tendo como tese a proposta de restaurar a federação, através do aumento do poder político e tributário das entidades subnacionais, e o de consolidar a democracia, por meio do empoderamento (empowerment) das comunidades locais no processo decisório das políticas públicas (p.01).

Nesta dissertação entende-se essa arena como um arranjo institucional. A Figura 1 resume o inter-relacionamento legal existente entre as diversas organizações que o compõem, entretanto, não garante o seu pleno funcionamento, apesar de ser indicativo da ser a melhor forma na medida em que esse marco institucional foi sendo construído e a partir das dificuldades apontadas pelos operadores da política e estudiosos do assunto, mas sofre influências das tradições e realidades (patch dependence), conforme anteriormente descritas.

Ainda segundo Arretche (1996), o sistema descentralizado, demonstra diversas aparências em todo território nacional, devido as diferentes situações financeiras de cada estado e municípios. Ou seja:

Se a região possui poucos recursos e as demandas são maiores, o sistema dá sinais evidentes de falência; em outras regiões, com maiores recursos, os municípios demonstram capacidade de gestão praticamente autônoma de seus sistemas de saúde (ARRETCHE, 1996, p.16).

O subfinanciamento do SUS é um dos problemas para o pleno funcionamento da municipalização dos serviços. Além dele surgem problemas relacionados às pactuações entre os diversos atores que operam o sistema, como a rede de atendimento às urgências e emergências, e custos crescentes de tecnologias, conforme mencionado anteriormente.

Essas dificuldades impactam certamente na qualidade de acesso à saúde, como será visto na seção seguinte.

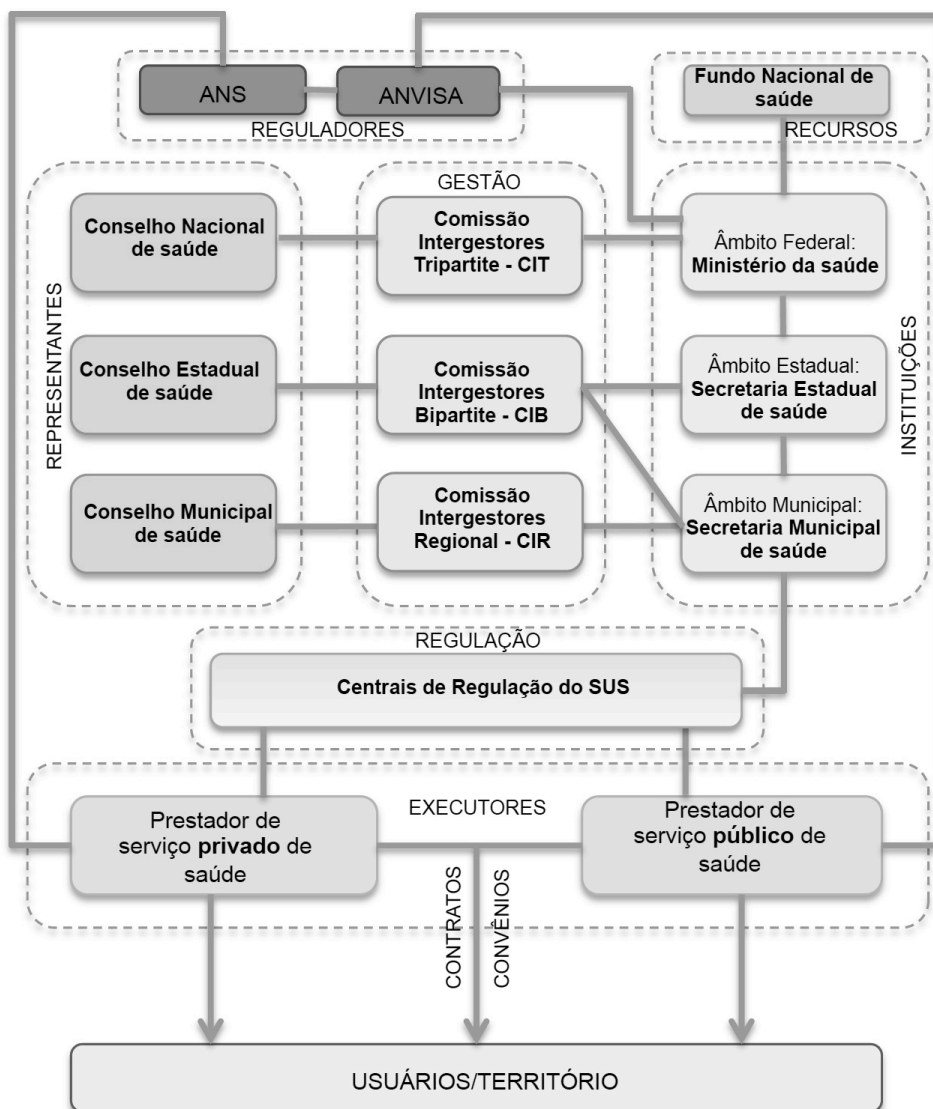


Figura 1: Arranjo Institucional no complexo do SUS
Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

2.3. MARCO EMPÍRICO: AS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTUDO E O SEU ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ATUAL

Conforme mencionado no marco institucional, após implantação das NOAS e reafirmando com o Decreto 7508/11, todos os estados brasileiros foram divididos em regiões de saúde, definindo o território para assistência, tendo como base os municípios-pólo, que servem de referência para organização das ações em níveis de necessidade crescente de complexidade dos serviços de saúde, ou seja, vai desde a atenção primária passando pela média complexidade até a alta complexidade.

O ERJ elaborou o seu primeiro PDR no ano de 2001, mesmo ano da publicação da NOAS/SUS 2001, onde a proposta de regionalização da assistência, incluindo a micro regionalização e a configuração dos módulos assistenciais, atendeu a critérios geográficos, de população, acessibilidade, capacidade instalada e de oferta de serviços, incluindo nível de complexidade atual ou a ser desenvolvido, conforme explicitado no Plano Diretor de Investimento, e decisão política dos gestores, visando capacitar o município a ser sede de módulo assistencial, conforme proposto na NOAS/SUS 2001 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2001).

No PDR de 2001 do ERJ, foram estabelecidas nove regiões de saúde, a saber: Baía da Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro-Sul; Médio Paraíba; Metropolitana I; Metropolitana II; Noroeste; Norte e Serrana, conforme Figura 2.

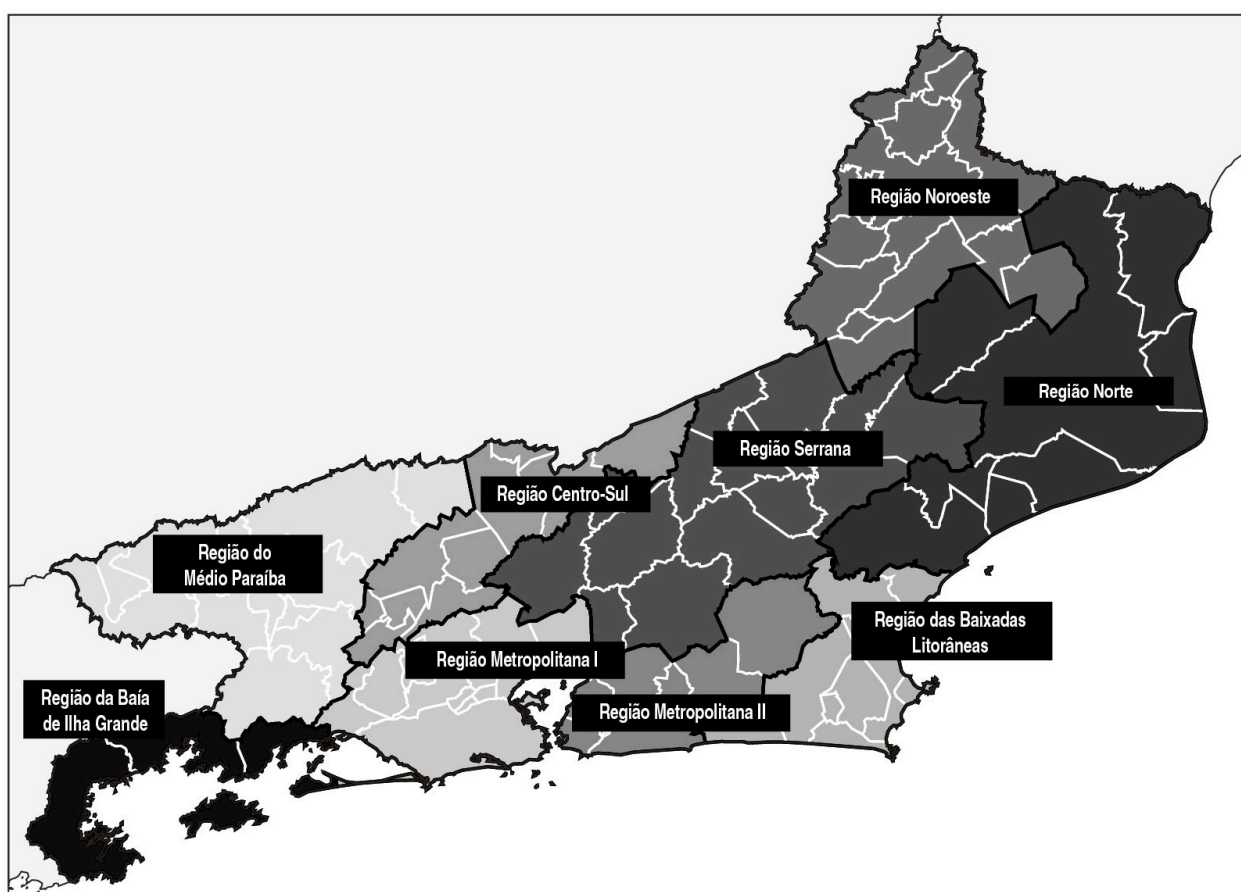


Figura 2. As nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro
Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base nos dados da Secretaria Estadual de Saúde (2012)).

O recorte territorial deste estudo compreende as regiões de saúde norte e noroeste fluminense, que são compostas pelos seguintes municípios:

(I). Região de Saúde Norte Fluminense: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabú, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

(II). Região de Saúde Noroeste Fluminense: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre Sai.

Ao se comparar o mapa das Regiões de Saúde do ERJ com a Divisão Político-Administrativa, notam-se pequenas diferenças entre arranjos de municípios das regiões. Esses arranjos são entendidos como recortes territoriais inseridos em espaços geográficos, implicando o reconhecimento das especificidades e do arranjo político-institucional pactuado (GADELHA et al. 2009).

Ressalta-se que nas regiões de estudo, somente o município de Cardoso Moreira, pertencente geograficamente à região norte, está inserido na região de saúde noroeste, mesmo após a revisão do PDR em 2009. Segundo Lima et al. (2016):

Percebeu-se que não apenas critérios técnicos, relacionados à saúde ou aos aspectos geográficos, foram contemplados no estabelecimento dos desenhos regionais da saúde. A história das relações e os acordos políticos entre os municípios também foram determinantes nesse processo (p.146).

Esse fato reforça a existência de interesses políticos e regionalismos comandando os bastidores da política do SUS.

2.3.1. Região de Saúde Norte Fluminense

A Região de Saúde Norte Fluminense é uma das nove regiões estabelecida pelo PDR estadual de 2001. Ela está localizada no norte do ERJ, entre o Estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste, Serrana e Baixada Litorânea, correspondendo

a 21% da área total do Estado do Rio de Janeiro. Somente o município de Campos equivale a 44% da região (RIO DE JANEIRO, 2015).

O município-pólo dessa região de saúde é Campos dos Goytacazes, sendo este credenciado ao SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal⁹ e consistindo uma base de regulação de saúde estadual.

Historicamente, os municípios dessa Região eram caracterizados pela agroindústria açucareira, porém a partir da década de 1980, outros dois produtos assumiram importante destaque na economia regional, que são o petróleo e o gás natural, o que tornou a Região como uma das mais importantes do ERJ (CEEP, 2016).

A região norte fluminense, recebeu significativos fluxos migratórios devido as atividades ligadas ao setor petrolífero na Bacia de Campos dos Goytacazes, tendo maior destaque para os municípios de Macaé, Carapebus e Quissamã, o que impactada diretamente na economia e prestação de serviços nesta regional (RIO DE JANEIRO, 2015).

Em função das receitas oriundas dos royalties e participações especiais na sua economia, das atividades acima mencionadas, o PIB per capita dos municípios desta região é o mais elevado entre as demais do ERJ. Os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé se destacam na liderança das participações no PIB do Estado, entretanto, o percentual de pobres e a desigualdade de renda, medida pelo coeficiente de Gini, estão entre os mais altos, indicando uma região desigual, apesar de rica (SEBRAE, 2015; PNUD, 2013).

Dentre os municípios desta regional, Campos dos Goytacazes possui a maior população e sua densidade demográfica é a terceira mais alta do estado, seguido do município de Macaé (SEBRAE, 2015; CEEP, 2016).

O Município de São João da Barra apresenta a terceira maior densidade demográfica da região e tende a expandir com a implantação do porto marítimo de

⁹ Segundo a NOAS/SUS 01/02, a Gestão Plena do Sistema Municipal é uma das duas condições de participação do município na gestão do SUS, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território, possuindo assim maior autonomia na gestão dos recursos (Brasil, 2003).

grande porte para processamento e exportação de minério de ferro (Porto do Açu), pela atração de mão-de-obra e a dinamização do setor habitacional (RIO DE JANEIRO, 2015).

Segundo o Centro de Estatísticas, Estudos e Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro (CEEP, 2016), no município de Campos dos Goytacazes, está concentrado o maior número de estabelecimentos industriais da Região, destacando-se as indústrias de produtos alimentares, química, transformação de produtos de minerais não metálicos e mecânica.

Os municípios desta região se destacam também pelo setor de serviços dentre os quais ressaltamos a saúde. Segundo dados a Assistência Médica Sanitária do Rio de Janeiro apresentados na Tabela 1, esta regional no ano de 2009, possuía um total de 239 estabelecimentos de saúde públicos e 221 privados. O município que possui a maior quantidade de estabelecimentos públicos é Campos dos Goytacazes (88), seguido de Macaé (58), sendo este o que possui a maior quantidade de privados (114). Nota-se claramente nenhuma presença de prestadores de serviços de saúde por parte da União, e um único estabelecimento do Estado, situado no município de Campos dos Goytacazes. Os municípios são os responsáveis por quase totalidade dos estabelecimentos públicos. Além de uma distribuição igual entre estabelecimentos públicos e privados na região.

2.3.2. Região de Saúde Noroeste Fluminense

A Região de Saúde Noroeste Fluminense, está localizada entre as regiões norte e serrana do ERJ, e faz divisa com os estados de Minas Gérias e Espírito Santo. Segundo IBGE, a população estimada dessa região no ano de 2016 é de 337.428 habitantes.

Segundo CEEP (2016), a economia desta regional, teve seu apogeu com a cultura cafeeira, que foi a responsável pela consolidação da ocupação desta porção do território fluminense. Com o declínio da cafeicultura, as atividades agropecuárias que a substituíram não conseguiram evitar o esvaziamento econômico e demográfico que se seguiu.

Até hoje, a agropecuária caracteriza-se, com raras exceções, por uma estrutura fundiária arcaica, baseando-se, a exemplo de outras áreas do Estado, no binômio latifúndio-minifúndio, na má utilização das terras e na pecuária extensiva, que, entre outras causas, são responsáveis pelo êxodo rural, provocando uma diminuição nos efetivos populacionais da zona rural. Todos esses fatores, somados e associados à fraca expansão das atividades industriais e terciárias, afetam negativamente a geração de emprego e a renda na Região.

O município-pólo dessa região de saúde é Itaperuna, sendo credenciado ao SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal. Este município é o mais populoso dentre os demais desta regional, possuindo a terceira maior densidade demográfica (87 hab/km²) e é o centro regional, exercendo influência sobre parte dos municípios da Região (CEEP, 2016).

Segundo dados a Assistência Médica Sanitária do Rio de Janeiro apresentados na Tabela 2, esta regional em 2009, possuía um total de 170 estabelecimentos de saúde públicos e 83 privados. Os municípios que possuem a maior quantidade de estabelecimentos públicos são Itaperuna (27 unidades) e Bom Jesus do Itabapoana (28 unidades). Itaperuna é o município que possui a maior quantidade de estabelecimentos de saúde privados (25 unidades).

Em comparação com a região norte, existe uma pequena presença da União, no município de Santo Antônio de Pádua e nenhuma do Estado, além da presença de estabelecimentos públicos ser maior que os privados.

Tabela 1. Estabelecimentos de saúde da Região de Saúde Norte Fluminense (2009).

	População Censo 2010	Estabelecimentos de saúde				
		Públicos			Total Públicos	Privados
		Federais	Estaduais	Municipais		
Brasil	190.732.694	950	1.318	49.753	52.021	42.049
Rio de Janeiro	15.989.929	54	59	2.243	2.356	4.101
Região Norte Fluminense	836.915	0	1	238	239	221
Campos dos Goytacazes	463.731	0	1	87	88	88
Carapebus	13.359	0	0	9	9	1
Conceição de Macabu	21.211	0	0	12	12	4
Macaé	206.728	0	0	58	58	114
Quissamã	20.242	0	0	19	19	3
São Fidélis	37.543	0	0	18	18	6
São Francisco de Itabapoana	41.354	0	0	26	26	2
São João Da Barra	32.747	0	0	9	9	3

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados da Assistência Médica Sanitária (2009) e do IBGE, (2010)).

Tabela 2. Estabelecimentos de saúde da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2009).

	População Censo 2010	Estabelecimentos de Saúde				
		Públicos			Total Públicos	Privados
		Federais	Estaduais	Municipais		
Brasil	190.732.694	950	1.318	49.753	52.021	42.049
Rio de Janeiro	15.989.929	54	59	2.243	2.356	4.101
Região Noroeste Fluminense	330.093	2	0	168	170	83
Aperibé	10.213	0	0	8	8	3
Bom Jesus do Itabapoana	35.411	0	0	28	28	12
Cambuci	14.827	0	0	6	6	2
Cardoso Moreira	12.600	0	0	11	11	2
Italva	14.063	0	0	12	12	2
Itaocara	22.899	0	0	11	11	7
Itaperuna	95.841	0	0	27	27	25
Laje do Muriaé	7.487	0	0	8	8	0
Miracema	26.843	0	0	9	9	9
Natividade	15.082	0	0	10	10	2
Porciúncula	17.760	0	0	14	14	3
Santo Antônio de Pádua	40.589	2	0	15	17	14
São José de Ubá	7.003	0	0	5	5	1
Varre-Sai	9.475	0	0	4	4	1

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados da Assistência Médica Sanitária (2009) e do IBGE, (2010)).

Nesta Seção, são apresentados alguns indicadores econômicos e sociais para caracterizar as regiões de estudo e avaliar a situação de desenvolvimento e saúde utilizando-se indicadores do IDHM, taxa de mortalidade, taxa de morbidade hospitalar e taxa de mortalidade infantil.

Analisando as informações obtidas em relação do IDHM Brasil versus estados brasileiros, nos três anos que foi elaborado¹⁰ e apresentadas no Gráfico 1, todos os estados apresentaram melhoras nos seus índices ao longo dos períodos¹¹. O Brasil, de um IDHM de 0,493, que é considerado um nível muito baixo desenvolvimento humano, passou para 0,727 no ano de 2010, considerado de alto desenvolvimento humano, um crescimento de 19%.

¹⁰ O IDHM, no Brasil, é calculado a partir das informações dos três últimos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – 1991, 2000 e 2010 – e conforme a malha municipal existente em 2010, em conjunto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), pelo Instituto de Economia Aplicada (IPEA) e pela Fundação João Pinheiro, de cada um dos 5.565 municípios brasileiros, sendo chamado de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Para um detalhamento da metodologia do IDHM consultar PNUD (2013).

¹¹ O IDHM varia de 0 a 1, onde é considerado um índice entre 0 e 0,499 como reflexo de uma situação de “muito baixo desenvolvimento humano”, entre 0,5 e 0,599 como sendo “baixo desenvolvimento humano”, entre 0,6 e 0,699 como “médio desenvolvimento humano”, entre 0,7 e 0,799 como “alto desenvolvimento humano” e entre 0,8 e 1 como indicativo de “muito alto desenvolvimento humano”.

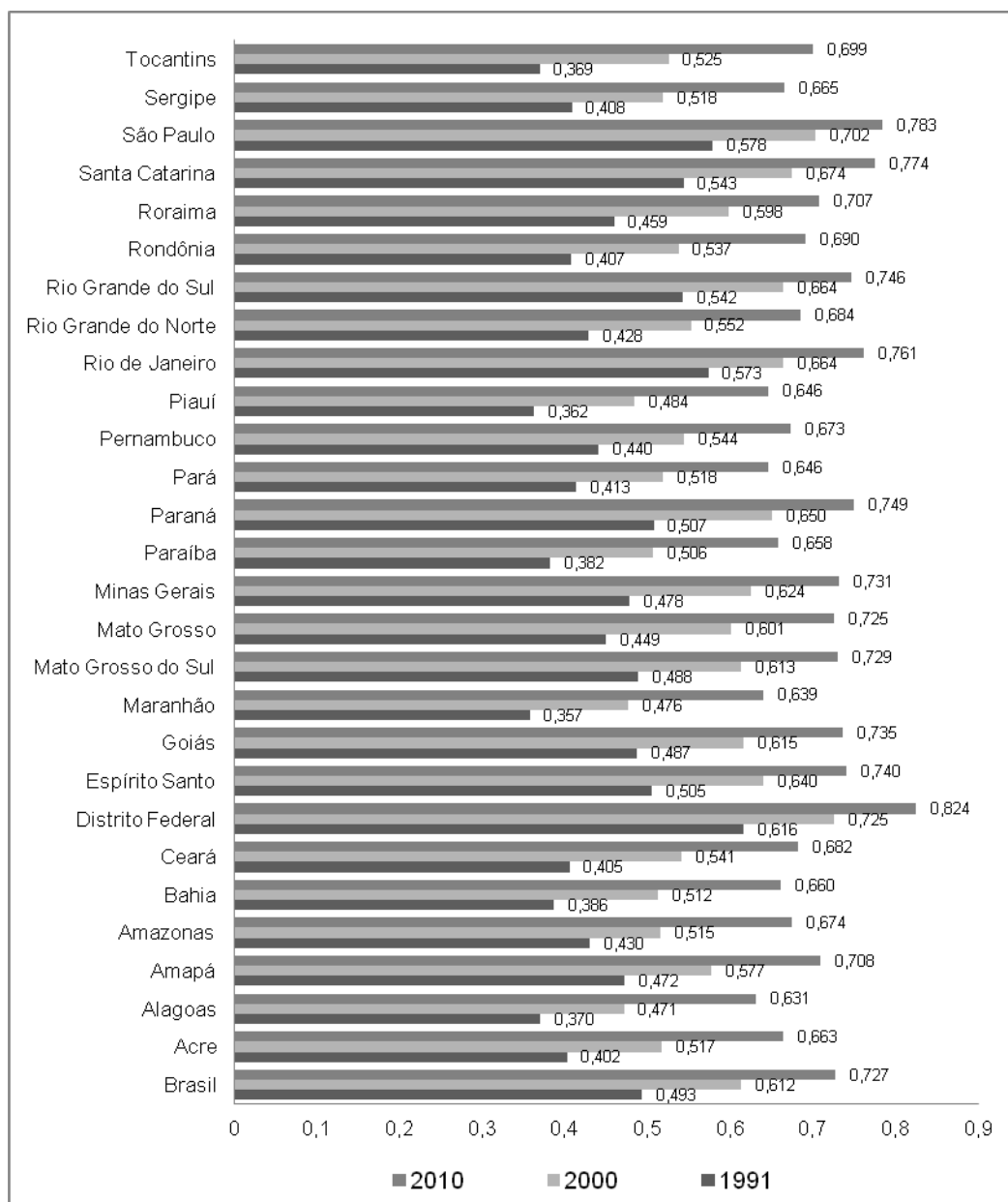


Gráfico 1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Brasil e Estados Brasileiros, 1991, 2000, 2010.

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD. 2013)).

O ERJ obteve melhora em torno de 33% - subiu de 0,573 (baixo desenvolvimento humano), para 0,761, acima da média nacional, ocupando a quarta posição entre os estados brasileiros, ficando a baixo do Distrito Federal, como São Paulo e Santa Catarina. No entanto, seus índices não ultrapassaram a barreira dos 0,800, o que indica um nível médio de desenvolvimento humano.

O indicador que mais contribuiu positivamente para o IDHM do ERJ em 2010, foi longevidade, seguido de renda e por último educação. Portanto, a primeira impressão é de que o indicador de saúde do ERJ está demonstrando que o nível de mortalidade e os riscos de morte são baixos e melhores do que os outros dois indicadores que compõe o índice. Da mesma forma o indicador sugere que está havendo uma melhoria das condições de vida e de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, esta visão pode ser enganosa na medida em que ela considera o ERJ como um todo, sem particularizar suas regiões de saúde, e sem estabelecer parâmetros comparativos dessas com as médias do ERJ e do Brasil.

A seguir, com objetivo de checar essa visão, se apresenta como as regiões de saúde norte e noroeste fluminense se posicionaram no ERJ. A evolução dos índices nas duas regiões foi realizada comparando-se a média de cada região nos três anos que estão disponíveis, com os dados para o ERJ e para o Brasil, além da verificação da evolução do indicador de saúde em relação aos demais indicadores que compõe o IDHM.


Na Tabela 3, é apresentado o ranking dos municípios das regiões de saúde norte e noroeste fluminense, em relação aos municípios brasileiros no ano de 2010, com os respectivos indicadores desagregados¹².

Destaca-se que dentre as duas regiões do estudo, o município que mais se acentua é Macaé e o que menos se acentua é o município de São Francisco do Itababoana ambos da região de saúde norte fluminense, existindo uma diferença muito grande em relação a todos os indicadores dos mesmos.

¹² Indicadores de educação, longevidade e renda, que compõe o IDHM.

Tabela 3. Ranking dos municípios das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense, em relação aos municípios brasileiros (IDHM 2010).

Posição	Município	IDHM (2010)	IDHM Renda (2010)	IDHM Longevidade (2010)	IDHM Educação (2010)
1º	São Caetano do Sul (SP)	0.862	0.891	0.887	0.811
7º	Niterói (RJ)	0.837	0.887	0.854	0.773
45º	Município do Rio de Janeiro (RJ)	0.799	0.840	0.845	0.719
304º	Macaé (RJ)	0.764	0.792	0.828	0.681
965º	Bom Jesus do Itabapoana (RJ)	0.732	0.723	0.819	0.662
1201º	Natividade (RJ)	0.730	0.707	0.806	0.683
1201º	Itaperuna (RJ)	0.730	0.716	0.837	0.649
1362º	Santo Antônio de Pádua (RJ)	0.718	0.709	0.806	0.648
1427º	Campos dos Goytacazes (RJ)	0.716	0.715	0.830	0.619
1514º	Carapebus (RJ)	0.713	0.699	0.805	0.644
1514º	Itaocara (RJ)	0.713	0.696	0.820	0.635
1514º	Miracema (RJ)	0.713	0.696	0.805	0.646
1546º	Conceição de Macabu (RJ)	0.712	0.698	0.806	0.642
1776º	Quissamã (RJ)	0.704	0.698	0.821	0.610
1995º	Porciúncula (RJ)	0.697	0.698	0.802	0.606
2134º	Aperibé (RJ)	0.692	0.670	0.785	0.631
2161º	Cambuci (RJ)	0.691	0.672	0.809	0.608
2161º	São Fidélis (RJ)	0.691	0.685	0.787	0.611
2224º	Italva (RJ)	0.688	0.692	0.792	0.595
2642º	São João da Barra (RJ)	0.671	0.686	0.800	0.551
2716º	Laje do Muriaé (RJ)	0.668	0.649	0.800	0.575
2924º	Varre-Sai (RJ)	0.659	0.636	0.810	0.555
3070º	São José de Ubá (RJ)	0.652	0.633	0.798	0.548
3156º	Cardoso Moreira (RJ)	0.648	0.653	0.782	0.534
3312º	São Francisco de Itabapoana (RJ)	0.639	0.618	0.791	0.533
5565º	Melgaço (PA)	0.418	0.454	0.776	0.207

Legenda:  Região Norte
Região Noroeste

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD. 2013)).

Os Gráficos 2 e 3 trazem um comparativo do IDHM nos três anos de sua elaboração; referente aos municípios das regiões do estudo, juntamente com a média estadual e nacional. É notória a evolução ao longo dos três períodos dos índices em todos os municípios, acompanhando os níveis Nacional e Estadual.

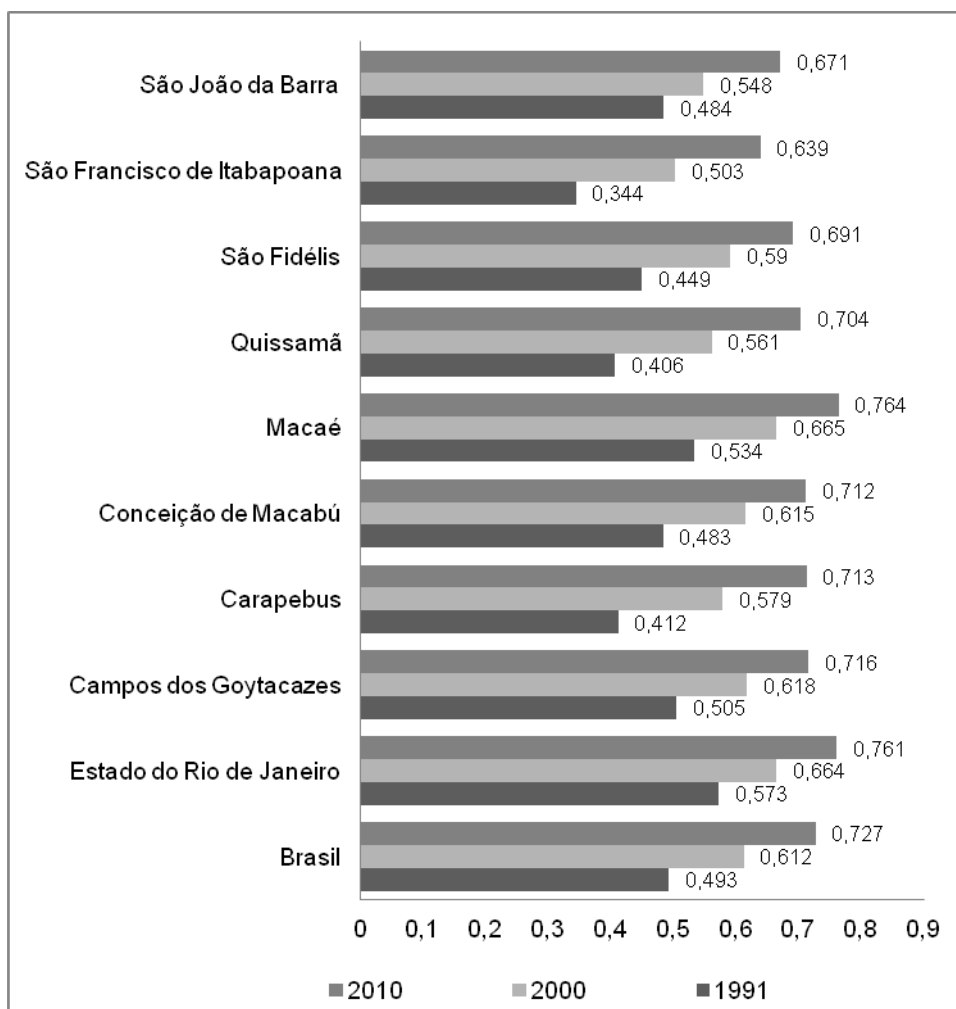


Gráfico 2. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios da Região de Saúde Norte Fluminense, 1991, 2000 e 2010

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2013)).

Observa-se que na região de saúde norte fluminense, para o ano de 2010, o município de Macaé apresentou o maior IDHM (0,764) entre os demais municípios, superando as médias nacional (0,727), estadual (0,761) e regional (0,701), ambos correspondem a um alto desenvolvimento humano. Os municípios que apresentam os mais baixos índices são: São João da Barra (0,671), e São Francisco de Itabapoana, sendo este, o que apresenta a situação mais crítica (0,639) que indica um médio desenvolvimento humano, ocupando a 3312^a posição entre os 5565 municípios brasileiros, conforme Tabela 3.

Os dados do IDHM dos três anos do município de São Francisco de Itabapoana estão abaixo dos índices dos outros municípios da região, do Estado e

do País. O município conta com a menor renda domiciliar per capita no estado, com mais da metade da população (56%) de pobres (SEBRAE, 2015); (PNUD 2013).

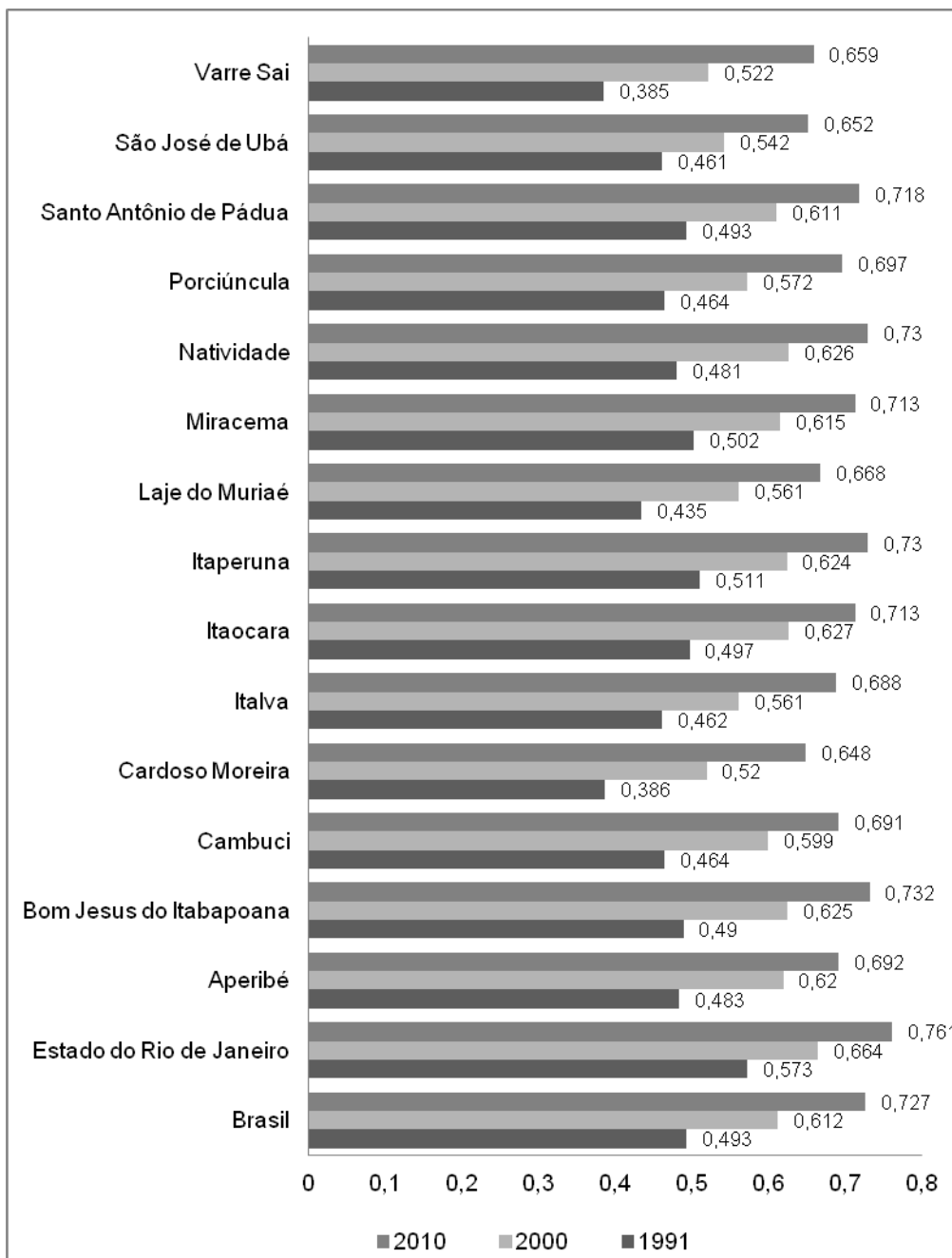


Gráfico 3. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos municípios da Região de Saúde Noroeste Fluminense, 1991, 2000 e 2010.

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD. 2013)).

Na região de saúde noroeste fluminense, destaca-se que, no ano de 2010, o município de Bom Jesus do Itabapoana, alcançou um IDHM de 0,732 é com a melhor posição no ranking entre os municípios brasileiros desta região, estando situado na 965ª posição, seguido por Itaperuna e Santo Antônio de Pádua.

O município de Itaperuna obteve um índice de 0,730, o que é considerado alto desenvolvimento humano, porém ocupa somente a 1021ª posição no ranking dos municípios (Tabela 3). Cambuci possui a menor densidade populacional da região (26 hab/km²), atingiu um IDHM de 0,691 no ano de 2010.

O município de Varre-Sai atingiu um IDHM de 0,659, e se encontra na 2924ª posição. Possui o mais baixo índice de gini¹³ da região, e também apresenta baixa renda domiciliar per capita, sendo a 4ª menor do ERJ (PNUD 2013); (SEBRAE, 2015).

Os municípios de São José de Ubá (0,652) e Cardoso Moreira (0,648) possuem os menores Indicadores de Desenvolvimento da região, ocupando respectivamente a 3070ª e 3156ª posição no ranking entre os municípios brasileiros. Os indicadores revelam um quadro de sérias dificuldades socioeconômicas e de desenvolvimento (PNUD 2013); (SEBRAE, 2015).

As Tabelas 4 e 5 demonstram os percentuais referentes ao indicador longevidade para cada ano estudado e as variações do IDHM entre os períodos. Onde se buscou compreender, em qual proporção a saúde estava contribuindo para o aumento do IDHM ao longo do período, e se obteve algum avanço, ou não.

¹³ **Índice de Gini:** também conhecido como Coeficiente de Gini – é um instrumento matemático utilizado para medir a desigualdade social de um determinado país, unidade federativa ou município.

Tabela 4. Percentual do componente longevidade em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Global da Região de Saúde Norte Fluminense, 1991, 2000 e 2010.

	1991		2000		2010		Var. % IDHM	Var. % IDHM	Var. % IDHM
	IDHM	Long.	IDHM	Long.	IDHM	Long.	1991 - 2010	1991 - 2000	2000 - 2010
Campos dos Goytacazes	0,505	41,30%	0,618	39,80%	0,716	38,35%	42	22	16
Carapebus	0,412	47,26%	0,579	40,70%	0,713	37,48%	73	41	23
Conceição de Macabú	0,483	42,21%	0,615	39,11%	0,712	37,56%	47	27	16
Macaé	0,534	39,39%	0,665	37,20%	0,764	35,98%	43	25	15
Quissamã	0,406	47,87%	0,561	41,66%	0,704	38,56%	73	38	25
São Fidélis	0,449	45,50%	0,590	40,59%	0,691	37,78%	54	31	17
São Francisco de Itabapoana	0,344	53,28%	0,503	45,48%	0,639	40,73%	86	46	27
São João da Barra	0,484	45,80%	0,548	43,02%	0,671	39,27%	39	13	22
Média Regional	0,452	45,33%	0,585	40,95%	0,701	38,21%	55	29	20
Média Nacional	0,493	41,69%	0,612	38,77%	0,727	37,23%	47	24	19
Média Estadual	0,573	38,81%	0,664	36,72%	0,761	36,43%	33	16	15

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD. 2013)).

Comparando os dados do IDHM nos períodos, a partir das Tabelas 4 e 5, percebe-se que, sem dúvida, houve uma melhora dos índices globais na região. A evolução do seu desempenho entre os períodos foram maiores que a evolução média estadual e nacional.

Entretanto, apesar do indicador longevidade evoluir ao longo dos anos ele apresenta queda em percentual ao valor total do IDHM em todos os municípios da região e das médias regional, estadual e nacional. Estes dados podem ser indicativos que questões de funcionamento do marco institucional e a sua governança estão dificultando o acesso com qualidade aos serviços de saúde.

Tabela 5. Percentual do componente longevidade em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Global da Região de Saúde Noroeste Fluminense 1991, 2000 e 2010.

	1991		2000		2010		Var. % IDHM	Var. % IDHM	Var. % IDHM
	IDHM	Long.	IDHM	Long.	IDHM	Long.	1991-2010	1991-2000	2000-2010
Aperibé	0,483	45,60%	0,620	39,23%	0,692	37,63%	43	28	12
Bom Jesus do Itabapoana	0,490	42,22%	0,625	39,95%	0,732	37,16%	49	28	17
Cambuci	0,464	44,88%	0,599	41,29%	0,691	38,73%	49	29	15
Cardoso Moreira	0,386	49,47%	0,520	42,93%	0,648	39,72%	68	35	25
Italva	0,462	44,23%	0,561	40,34%	0,688	38,10%	49	21	23
Itaocara	0,497	44,28%	0,627	39,55%	0,713	38,12%	43	26	14
Itaperuna	0,511	43,02%	0,624	39,82%	0,730	38,01%	43	22	17
Laje do Muriaé	0,435	44,95%	0,561	42,20%	0,668	39,53%	54	29	19
Miracema	0,502	41,42%	0,615	38,63%	0,713	37,49%	42	23	16
Natividade	0,481	41,69%	0,626	38,06%	0,730	36,70%	52	30	17
Porciúncula Santo Antônio de Pádua	0,464	43,37%	0,572	41,95%	0,697	38,08%	50	23	22
São José de Ubá	0,493	45,84%	0,611	40,52%	0,718	37,26%	46	24	18
Varre Sai	0,461	47,02%	0,542	42,80%	0,652	40,32%	41	18	20
Média Regional	0,465	44,53%	0,588	40,68%	0,695	38,38%	49	26	18
Média Nacional	0,493	41,69%	0,612	38,77%	0,727	37,23%	47	24	19
Média Estadual	0,573	38,81%	0,664	36,72%	0,761	36,43%	33	16	15

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD. 2013)).

Na Tabela 6, são expostos os dados de morbidade hospitalar por local de residência, e na Tabela 7, a mortalidade hospitalar, ambas para as regiões de saúde estudadas, e aos valores estadual e nacional. Buscou-se analisar os valores referentes aos períodos disponíveis pelo Ministério da Saúde.

Entende-se o termo morbidade, como o fator de risco de uma determinada doença numa população, logo, morbidade hospitalar é o número de pessoas da população considerada que internaram devido a uma determinada doença, durante o período de tempo especificado.

Os dados foram reunidos demonstrando os valores correspondentes ao total de casos num primeiro momento, e num segundo, especificamente ao infarto agudo do miocárdio, que, conforme exposto no Capítulo I, é uma das principais doenças

cardiovasculares, sendo uma das mais frequentes causas de morbimortalidade no Brasil, além de uma das principais causas de morte do mundo. Ademais, esta doença, está ligada diretamente aos procedimentos de hemodinâmica, pois são estes têm se tornado cada vez mais eficazes e menos invasivos para esse tipo de tratamento.

Tabela 6. Morbidade hospitalar das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense no período compreendido entre os anos de 2008-2016 em relação aos níveis estadual e nacional.

	Período:Jan/2008-Jan/2017		
	Todos os casos	Infarto agudo do miocárdio	%
Brasil	100.525.938	760.459	0,8
Rio de Janeiro	5.786.482	57.021	1,0
Região Norte Fluminense	408.458	3.820	0,9
Região Noroeste Fluminense	237.459	1.854	0,8
Aperibé	9203	55	0,6
Bom Jesus do Itabapoana	33574	211	0,6
Cambuci	11621	74	0,6
Campos dos Goytacazes	248031	2245	0,9
Carapebus	2508	19	0,8
Cardoso Moreira	5939	38	0,6
Conceição de Macabu	7187	78	1,1
Italva	8387	44	0,5
Itaocara	20249	296	1,5
Itaperuna	57963	462	0,8
Laje do Muriaé	4547	24	0,5
Macaé	75392	631	0,8
Miracema	22255	143	0,6
Natividade	11223	147	1,3
Porciúncula	12269	44	0,4
Quissamã	13798	182	1,3
Santo Antônio de Pádua	32334	280	0,9
São Fidélis	28937	355	1,2
São Francisco de Itabapoana	17065	217	1,3
São João da Barra	15540	93	0,6
São José de Ubá	2272	10	0,4
Varre-Sai	5623	26	0,5

Legenda:  Região Norte
Região Noroeste

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)).

Tabela 7. Mortalidade por local de residência das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense no período compreendido entre os anos de 1996-2014 em relação aos níveis estadual e nacional.

	Período 1996-2014		
	Todos os casos	Infarto agudo do miocárdio	%
Brasil	19.792.911	1.314.588	7
Rio de Janeiro	2.277.631	171.437	8
Região Norte Fluminense	102.476	5.941	6
Região Noroeste Fluminense	48.154	4.600	10
Aperibé	1256	119	9
Bom Jesus do Itabapoana	5551	460	8
Cambuci	2394	231	10
Campos dos Goytacazes	64634	3183	5
Carapebus	1178	77	7
Cardoso Moreira	1948	205	11
Conceição de Macabu	2603	193	7
Italva	2075	201	10
Itaocara	3806	456	12
Itaperuna	13232	1224	9
Laje do Muriaé	1138	127	11
Macaé	17105	1275	7
Miracema	4205	273	6
Natividade	2364	289	12
Porciúncula	2511	296	12
Quissamã	2091	161	8
Santo Antônio de Pádua	5870	533	9
São Fidélis	5719	442	8
São Francisco de Itabapoana	4711	322	7
São João da Barra	4435	288	6
São José de Ubá	745	62	8
Varre-Sai	1059	124	12

Legenda:  Região Norte
Região Noroeste

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)).

Observa-se que, os casos de infarto correspondem em média a 1% da morbidade hospitalar em ambos os casos, e que em relação à mortalidade, esse valor aumenta para um percentual próximo a 10% para determinados municípios.

As informações confirmam que o infarto é uma das principais causas de mortalidade no país, e que, em poucos casos, ocorre algum tipo de tratamento, o que seria essencial para evitar tais óbitos. Os valores relativos à mortalidade estão

intimamente ligados à qualidade e quantidade de oferta de equipamentos, além de políticas de saúde.

Nas Tabelas 8 e 9, são apresentados os dados referentes à taxa de mortalidade infantil (considerando por mil nascidos vivos) nas duas regiões de estudo. As taxas vem apresentando índices instáveis ao longo dos anos, diferente das médias estadual e nacional.

As informações demonstram que praticamente todos os municípios ficaram acima das médias nos anos estudados, principalmente do valor médio aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

Tabela 8. Taxa de Mortalidade infantil da Região de Saúde Norte Fluminense (2008-2014).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	15,03	14,8	13,93	13,63	13,46	13,42	12,89
Rio de Janeiro	14,39	14,44	13,96	13,88	13,81	13,12	12,7
OMS (1)	10	10	10	10	10	10	10
Campos dos Goytacazes	15,02	20,86	16,27	17,27	14,07	16,7	14,77
Carapebus	13,7	-	-	24	12,9	6,25	26,46
Conceição de Macabu	36,65	9,26	24,88	43,9	8,44	14,6	7,09
Macaé	14,79	8,19	13,56	11,01	12,98	12,13	11,51
Quissamã	13,61	7,75	12,66	3,25	9,9	9,55	11,76
São Fidélis	22,17	-	10,93	12,41	13,7	6,79	16,17
São Francisco de Itabapuana	12,13	14,99	13,78	11,86	26,26	10,25	21,82
São João da Barra	24,18	22,92	23,87	15,04	30,23	22,87	15,63

NOTA: (1) Valor considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 - 2014.)).

Para mensurar o desenvolvimento de uma região, pode-se considerar a taxa de mortalidade infantil como um indicador mais idôneo que a taxa de mortalidade, porque com essa taxa é possível comparar as condições sanitárias e socio-econômicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as campanhas de vacinação no Brasil, têm contribuído muito para a redução da taxa de mortalidade infantil nas últimas décadas.

Tabela 9. Taxa de Mortalidade infantil da Região Noroeste Fluminense (2008-2014).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	15,03	14,80	13,93	13,63	13,46	13,42	12,89
Rio de Janeiro	14,39	14,44	13,96	13,88	13,81	13,12	12,70
OMS (1)	10	10	10	10	10	10	10
Aperibé	9,09	32,97	8,62	-	-	7,41	14,6
Bom Jesus do Itabapoana	5,98	13,83	13,81	17,13	17,16	16,28	15,63
Cambuci	13,07	19,11	14,08	22,39	18,87	14,18	13,99
Cardoso Moreira	27,40	-	21,13	23,26	8,77	15,04	-
Italva	26,49	-	12,42	-	6,54	-	5,75
Itaocara	10,38	3,79	7,41	8	4,08	19,61	3,46
Itaperuna	14,45	9,63	9,41	11,1	10,59	2,59	8,91
Laje do Muriaé	34,48	49,38	-	-	21,28	19,80	11,76
Miracema	20,20	13,30	18,92	21,11	10,67	12,2	6,27
Natividade	30,86	19,05	10,53	18,63	10,93	5,24	21,05
Porciúncula	13,45	-	11,24	11,76	13,64	9,17	14,56
Santo Antônio de Pádua	14,58	8,85	17,20	18,02	14,86	22,82	9,69
São José de Ubá	12,35	-	-	10,42	9,62	8,77	-
Varre-Sai	17,14	41,92	14,81	25,00	13,07	5,85	-

NOTA: (1) Valor considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 - 2014.)).

Ao analisar os indicadores de desenvolvimento dos municípios das regiões de saúde norte e noroeste fluminense, conclui-se que houve melhoras ao longo dos anos, apesar de ainda existirem diferenças evidentes entre cidades principalmente as mais carentes.

Pressupõe-se que esta evolução é sinônimo de constantes investimentos em políticas públicas de saúde e todo processo de descentralização e regionalização do SUS. Conforme Gragnolati et al. (2013,p.11) , “a construção do SUS alcançou, pelo menos parcialmente, os objetivos de acesso universal e equitativo à assistência à saúde”. Porém, este alcance parece ter sido diferenciado mesmo dentro do ERJ nas diferentes regiões de saúde.

No Capítulo III, será apresentado algumas causas destas diferenças de atendimento de qualidade em um serviço de alta complexidade, como o serviço de hemodinâmica, através do estudo de caso sobre a oferta desses serviços.

3. RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO

Este Capítulo está dividido em três partes, onde apresenta-se os resultados das pesquisas quantitativas e qualitativas referentes ao estudo de caso proposto.

3.1. PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO ARRANJO INSTITUCIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (ERJ)

Com base no marco institucional apresentado no segundo Capítulo, observamos um interesse por parte da União, a partir da Constituição de 1988, na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, num propósito de regionalizar e descentralizar a gestão do SUS. Dentro desse contexto, surgiram diferentes atores, mecanismos, processos e regras compondo um arranjo institucional nos três níveis de governo.

Ainda que esse arranjo seja constituído desses três diferentes níveis, nesta dissertação o foco recaiu somente sobre o nível estadual (Centrais de Regulação de Saúde) e municipais (sujeitos identificados na página 24). Os reguladores (ANS e ANVISA) e representantes do Conselho Nacional de Saúde, ambos do âmbito federal, interferem certamente no arranjo, mas se optou por considerar essa interferência, somente do ponto de vista legal, conforme desenvolvido no Capítulo II.

Um problema encontrado no arranjo institucional do ERJ, que reflete diretamente nos serviços de hemodinâmica nas regiões de estudo é o pronto atendimento aos pacientes.

Segundo o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da Região de Saúde norte fluminense, realizado no ano de 2015 (RIO DE JANEIRO, 2015), e relatos dos entrevistados, existem precaridades no campo do atendimento às urgências e emergências nessa regional devido a diversos fatores, como pode ser visto no Quadro 1 a seguir:

MÁ UTILIZAÇÃO DAS PORTAS DE ENTRADA	Há uma sobrecarga atual das emergências devido a pouca organização do sistema e a não adoção, na região, de protocolos de classificação de risco, o que gera encaminhamentos às emergências hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de pacientes que poderiam estar sendo atendidos em outros pontos do sistema;
DEMANDA ESPONTÂNEA	Existe uma demanda espontânea que sobrecarrega espaços que deveriam ser específicos para urgências e emergências. Esta sobrecarga decorre da falta de acesso a exames diagnósticos na rede ambulatorial, inadequação do horário de atendimento (após as 17 horas) dentre outros;
DEMANDA DE PACIENTES DE OUTROS MUNICÍPIOS	A migração da urgência dos outros municípios não é ordenada;
FALTA DE ACOLHIMENTO ADEQUADO	O Acolhimento com Classificação de Risco é incipiente na Região. Apenas as UPA's possuem a elaboração de protocolos adequados as suas realidades locais e a UPA Campos que possui a regulação da porta de saída;
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	A mobilidade dos profissionais, para participação em eventos de capacitação, é restrita em função das equipes reduzidas, dificultando o comparecimento em eventos presenciais;
AUSÊNCIA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Os hospitais existentes na região, independente do porte, servem de porta aberta para a urgência, sem critérios previamente pactuados quanto às referências necessárias. Apesar da região já possuir regulação da assistência é imprescindível a constituição da Regulação das Urgências objetivando organizar e ordenar a oferta de ações e serviços na RUE, articulando os diferentes níveis de densidade tecnológica inerentes aos componentes da rede e dentro dessa rede.
INEXISTÊNCIA DO SAMU	Quando o atendimento requer um nível mais especializado, por não ter regulação de urgência (e/ou SAMU) o paciente é transportado via serviço municipal próprio do município, sendo a transferência negociada entre médicos, via contato telefônico, gerando conflitos de competência;
INSUFICIÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA	Apesar da boa estrutura da Atenção Básica regional, sua baixa resolutividade tem impactado negativamente na redução das demandas aos pontos de atenção especializados;

Quadro 1. Contexto da Rede de Urgência e Emergência da Região de Saúde Norte Fluminense
 Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base no plano de ação regional da rede de urgência e emergência da Região Norte Fluminense (RIO DE JANEIRO, 2015) e relatos das entrevistas).

Tais dados indicam a necessidade de uma maior atenção na implementação dessa política de urgências, ampliando seu atendimento, objetivando uma maior qualidade ao acesso e redução da morbimortalidade da população, tanto na região de saúde norte fluminense, quanto na noroeste, devido às suas semelhanças.

A partir do estudo de caso desta dissertação, nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense, com municípios pólos, respectivamente, em Campos e Itaperuna, observou que existe um sujeito que influencia diretamente na relação oferta/demanda dos pacientes e serviços de hemodinâmica, que são as Centrais Reguladoras. Conforme citado na segunda seção do Capítulo II, elas têm como objetivo a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) possui uma central em cada uma das nove regiões de saúde, sediada nos municípios-pólo, além de uma Central de Regulação Estadual. O ERJ criou um sistema online chamado de Sistema de Regulação Estadual (SER), onde todas as informações de demanda e oferta disponíveis são lançadas, e cabe aos médicos reguladores realizarem essa "conexão" e, a partir daí o paciente é encaminhado para o atendimento. Esse sistema segue um tipo de protocolo pré-definido e algumas diretrizes de prioridades.

Foi percebido que os municípios de Campos dos Goytacazes, situado na região norte, e Itaperuna, situado na região noroeste, são referências estaduais em casos de alta complexidade cardíaca, portanto alguns dos procedimentos são regulados pela CERAC. Além disso, o município de Itaperuna é referência nacional em tratamentos neurológicos, sendo estes regulados pela CNRAC. Todos esses aspectos fazem com que o número de atendimentos de hemodinâmica nessas regiões seja elevado, fundamentando ainda mais este estudo.

Em conversas informais realizadas com os responsáveis pelas centrais nas duas regionais de estudo, buscou-se entender melhor como funciona a regulação da oferta de serviços de hemodinâmica bem como a natureza da demanda de pacientes para esses serviços nas regiões de saúde norte e noroeste.

Os entrevistados mencionaram que existe uma comunicação entre as centrais objetivando os ideais da regulação que é garantir o acesso através do uso de um

serviço mais próximo do paciente, evitando a demora de deslocamento para seu uso. Mas mesmo assim os entrevistados relataram que existe sim uma grande demanda de pacientes para atendimento nessas duas regiões oriundos de outros municípios, devido a condição de municípios referências para prestação do service de hemodinâmica, e até mesmo de outros estados.

Desta forma, foi constatado, através das entrevistas, que os pacientes são inseridos numa fila, e cabe aos médicos reguladores, analisar diariamente cada caso, verificando o recurso mais adequado, e encaminhar aos hospitais de referência ou clínicas especializadas. Ou seja, o sistema não é automatico para que se encontre o equilíbrio entre a demanda dos pacientes e os recursos disponíveis. Enquanto isso, os pacientes aguardam as vagas dos procedimentos e leitos nas enfermarias ou UTIs, conforme cada caso.

3.2. DISPONIBILIDADE E SUFICIÊNCIA DA OFERTA E DEMANDA DOS SERVIÇOS

Como já apresentado na metodologia, a abordagem quantitativa da pesquisa referente ao estudo de caso, realizou um levantamento da provisão da oferta e da demanda dos serviços de hemodinâmica no âmbito regional. Essa abordagem deu-se em duas etapas.

3.2.1. Oferta dos serviços de hemodinâmica nas regiões de saúde do estudo

Na primeira etapa, foram identificadas cinco unidades de atendimento do serviço na região de saúde norte fluminense, e uma unidade na região de saúde noroeste fluminense, apresentadas, respectivamente, nos Quadros 2 e 3.

Ressalta-se que o levantamento dos dados, foi realizado entre outubro e dezembro de 2016, e conforme literatura pesquisada, ainda não foi possível fazer comparações entre o quantitativo de oferta em relação a população, como é possível de se obter para outros equipamentos de diagnóstico por imagem, devido a não existência de valores de referência para determinados indicadores como taxa de

oferta de equipamentos de hemodinâmica e taxa de utilização de procedimentos selecionados (ANDREAZZI et al. 2014).

ESTABELECIMENTO	CNES ¹⁴	TIPO DE PRESTADOR	ENDEREÇO
HOSPITAL ESCOLA ÁLVARO ALVIM	2287447	Filantrópico /Convênio SUS	Rua Barão da Lagoa Dourada, 409, Centro, Campos dos Goytacazes – RJ.
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPOS	2287382	Filantrópico /Convênio SUS	Av. Pelinca, 115, Parque Tamandaré, Campos dos Goytacazes – RJ.
HOSPITAL PRONTOCARDIO	3132471	Particular	Rua Lacerda Sobrinho, 225, Centro, Campos dos Goytacazes – RJ.
HOSPITAL DOUTOR BEDA	2287285	Particular	Rua Conselheiro Otaviano, 129, Centro, Campos dos Goytacazes – RJ.
FLUXO HEMODINÂMICA - UNICOR	5876958	Particular/Convênio SUS	Praça Veríssimo de Mello, 391, Centro, Macaé – RJ.

Quadro 2. Unidades de Saúde da Região de Saúde Norte Fluminense
Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde).

Das cinco unidades de atendimento, localizadas na região de saúde norte fluminense, apenas uma se encontra em Macaé, ou seja, fora do município-pólo que é Campos dos Goytacazes, onde se encontram as demais. A unidade de atendimento da região noroeste se localiza em seu município-pólo que é Itaperuna. Todos os serviços, das duas regionais, são privados, porém quatro destes possuem contratos/convênios com o SUS.

ESTABELECIMENTO	CNES ¹⁵	TIPO DE PRESTADOR	ENDEREÇO
Hospital São José do Avai	2278855	Filantrópico /Convênio SUS	Rua Coronel Luiz Ferraz, 397, Centro, Itaperuna – RJ.

Quadro 3. Unidade de Saúde da Região de Saúde Noroeste Fluminense
Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde).

¹⁴ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

¹⁵ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A seguir, serão apresentados dados históricos das unidades listadas nos Quadros 2 e 3, além de informações relevantes sobre o serviço de hemodinâmica, levantados através das entrevistas.

3.2.1.1. Hospital Escola Álvaro Alvim

O Hospital Escola Álvaro Alvim é uma instituição que foi fundada em 06 de dezembro de 1934, pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, sendo uma entidade jurídica de direito privado, de domínio público, sem fins lucrativos, com sede na Cidade de Campos dos Goytacazes - RJ.

O hospital possui contratos/convênios com o SUS e planos de saúde, além de pagamentos diretos dos serviços. No hospital são realizadas cirurgias cardíacas, além dos procedimentos de cardiologia intervencionista.

O primeiro equipamento de raios X para hemodinâmica foi adquirido no ano de 1996, quando foi inaugurado o serviço e o segundo, no ano de 2011 estando os dois funcionando no momento.

A natureza do serviço de hemodinâmica é própria no que diz respeito aos equipamentos e infraestrutura, porém a equipe médica é terceirizada, sendo a mesma equipe responsável do setor de hemodinâmica do Hospital Geral Dr. Beda.

3.2.1.2. Santa Casa de Misericórdia de Campos

A Santa Casa de Misericórdia de Campos foi inaugurada em 25 de julho de 1790, sendo fundada pela Irmandade de Nossa Senhora Mãe dos Homens, com missão de dar tratamento e sustento a enfermos e inválidos, além da assistência a “expostos” – recém-nascidos abandonados na instituição. Todo o complexo foi demolido depois da transferência, em 1948, para o endereço atual.

É uma fundação de direito privado sem fins lucrativos, podendo realizar procedimentos por convênio ou particular. A unidade possui convênios/contratos com o SUS, e é uma das referências estaduais para o atendimento cardiovascular,

realizando cirurgias cardíacas, além dos procedimentos de cardiologia intervencionista.

Esta unidade é a mais antiga prestadora de serviços de hemodinâmica nas regiões de estudo. O primeiro equipamento de raios X para hemodinâmica foi adquirido no ano de 1987, e o segundo no ano de 2013. Atualmente só o equipamento mais novo está funcionando. A natureza do serviço de hemodinâmica é própria no que diz respeito aos equipamentos e infraestrutura, porém a equipe médica é tercerizada, sendo a mesma equipe responsável do setor de hemodinâmica do Hospital Prontocárdio.

3.2.1.3. Hospital Prontocárdio

O Hospital Prontocárdio, é um estabelecimento de natureza jurídica particular e foi fundado no ano de 2001, no município de Campos dos Goytacazes. O serviço de hemodinâmica é próprio, e foi iniciado no ano de 1997, no hospital Geral Dr. Beda, onde o serviço era tercerizado e o profissional responsável trabalhava como contratado. Em 2008, este serviço foi transferido, inclusive o equipamento e equipe médica.

A natureza dos serviços de hemodinâmica é própria e não possui contratos/convênios com o SUS, somente com planos de saúde e pagamentos diretos. Na unidade só existe um equipamento de raios X para hemodinâmica, o serviço é próprio e a equipe médica é tercerizada.

3.2.1.4. Hospital Geral Dr. Beda

O Hospital Geral Dr. Beda, atua na cidade de Campos dos Goytacazes desde 1975 e atende a diversos municípios da região. É um estabelecimento de natureza jurídica particular, e faz parte do Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia - Grupo IMNE.

Conforme citado, o serviço de hemodinâmica originalmente era tercerizado, tanto o equipamento quanto a equipe médica responsável.

O Hospital possui alguns contratos/convênios com o SUS, porém não para os serviços de hemodinâmica.

3.2.1.5. Fluxo Hemodinâmica - Unidade do Coração (UNICOR)

A Fluxo Hemodinâmica é uma clínica especializada em procedimentos cardiológicos intervencionistas, localizada no município de Macaé, sendo uma das unidades da Unidade do Coração (UNICOR), que além do município de Macaé no ERJ, atua nos municípios de Colatina e Linhares, ambos no estado do Espírito Santo.

A natureza jurídica da clínica é privada, possuindo contrato/convênio com o Hospital Casa de Caridade de Macaé, que é uma fundação de direito privado sem fins lucrativos, pertencente a Irmandade de São João Batista, e possui contratos/convênio com o SUS.

O equipamento de raios X para hemodinâmica foi adquirido no ano de 2002, quando se deu a inauguração da clínica. A equipe médica responsável é a mesma equipe responsável pelo setor de hemodinâmica do Hospital São José do Avaí em Itaperuna.

3.2.1.6. Hospital São José do Avaí

O Hospital São José do Avaí foi concebido no ano de 1925, onde um grupo de pessoas se organizou e fundou uma conferência que mantivesse um ambulatório para atendimento aos doentes do município de Itaperuna.

A natureza jurídica do estabelecimento é uma associação privada sem fins lucrativos e possui contratos/convênios com o SUS, sendo referência estadual e nacional em diversos serviços de saúde em especial, cardiológicos.

O serviço de hemodinâmica é próprio, tendo o seu primeiro equipamento de raios X para hemodinâmica adquirido no ano de 1991. Atualmente a unidade conta

com três equipamentos, destes dois estão funcionando. Ressalta-se que o último foi adquirido recentemente para substituir o mais antigo.

3.2.2. Demanda de pacientes para os serviços de hemodinâmica nas regiões de saúde do estudo

Na segunda etapa do levantamento quantitativo, foram examinados os dados referentes à demanda dos pacientes para utilização de serviços de hemodinâmica. Evidencia-se que deveriam incluir informações quantitativas sobre os pacientes públicos e privados. Entretanto, só foi possível obter essas informações para os procedimentos financiados pelo SUS. Assim, os quantitativos dos pacientes atendidos pelos hospitais particulares através de recursos próprios ou convênios de planos de saúde não estão nos dados abaixo. De uma forma geral, nas entrevistas foi relatado que a maior parte dos procedimentos realizados é de pacientes do SUS. Conforme literatura pesquisada (ANDREAZZI et al., 2011), isso ocorre também na maioria dos demais procedimentos de serviços alta complexidade, como é o caso da diálise, porque esses procedimentos não são cobertos pela maioria dos planos de saúde.

A pesquisa se deu através da relação entre os municípios de residência do paciente versus a região em que ele recebeu o atendimento. Esta estratégia de coleta de dados permitiu a obtenção de uma compreensão da demanda regional do estudo de caso.

Adotou-se como ano base de início da pesquisa o ano de 2008, devido à data de quando foi implantada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), (instituída pela portaria GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007). Em anos anteriores os dados disponíveis não apresentavam correspondência direta com a forma de apresentação mencionada. Para o ano de 2016, foi adotada uma previsão, já que os dados estavam disponíveis somente até o mês de agosto do referido ano.

As Tabelas 10 e 11 indicam os procedimentos de hemodinâmica para diagnóstico, sendo geradas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS),

através dos códigos da tabela de procedimentos que compreendem cateterismo cardíaco adulto e pediátrico (códigos 0211020010 e 0211020028).

Observa-se de um modo geral, um aumento de atendimentos para diagnósticos, ao longo do período estudado seguindo o valor total estadual, com pequenas ressalvas. Tal fato demonstra que há um maior número de pessoas com acesso a esse tipo de serviço.

Tabela 10. Demanda de pacientes SIA/SUS da Região de Saúde Norte Fluminense (2008-2016)¹⁶.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 *
Rio de Janeiro	6657	7075	9014	9632	10891	10203	11115	10684	6466
Região Norte	469	402	741	873	873	642	871	834	526
Campos dos Goytacazes	395	320	598	662	576	401	493	395	277
Carapebus	4	1	5	5	12	7	7	4	10
Conceição de Macabu	0	0	5	3	6	8	19	32	18
Macaé	55	48	86	120	135	108	186	291	129
Quissamã	6	14	6	28	39	30	47	35	25
São Fidélis	1	0	8	15	44	43	41	40	37
São Francisco de Itabapoana	5	6	13	8	13	24	33	24	18
São João da Barra	3	13	20	32	48	21	45	13	12

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))¹⁷.

Tabela 11. Demanda de pacientes SIA/SUS da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2008-2016)¹⁸.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 *
Rio de Janeiro	6657	7075	9014	9632	10891	10203	11115	10684	6466
Região Noroeste	758	626	732	608	622	632	750	772	411
Aperibé	19	15	17	20	43	35	45	56	20
Bom Jesus do Itabapoana	48	29	34	38	34	34	46	29	33
Cambuci	25	20	23	22	27	31	48	58	30
Cardoso Moreira	18	4	15	3	12	14	15	25	16
Italva	33	14	18	32	24	30	39	39	21
Itaocara	70	41	69	104	78	96	125	126	54
Itaperuna	297	331	299	157	176	189	220	201	107
Laje do Muriaé	12	10	15	13	13	14	17	10	7
Miracema	61	45	40	44	46	39	41	61	28
Natividade	39	21	44	28	38	32	38	29	19
Porciúncula	35	24	42	21	28	29	28	38	27
Santo Antônio de Pádua	82	60	98	105	77	74	61	70	36
São José de Ubá	15	5	10	10	13	8	13	23	6
Varre-Sai	4	7	8	11	13	7	14	7	7

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))¹⁹.

¹⁶ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

¹⁷ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

¹⁸ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

¹⁹ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

As Tabelas 12 e 13 indicam os procedimentos para tratamentos terapêuticos, uma para cada região. Foram geradas pelo Sistema de Informações Hospitalares (AIH/SUS), através dos códigos da tabela para angioplastias, atroseptostomia, fistulas arteriovenosas e retirada de corpos estranhos (desde o código 0406030014 até 0406030103).

Tabela 12. Demanda de pacientes AIH/SUS da Região de Saúde Norte Fluminense (2008-2016)²⁰.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Rio de Janeiro	2180	3259	3847	4612	4899	4706	4681	4346	7005
Região Norte	204	261	253	376	294	280	355	314	363
Campos dos Goytacazes	149	205	193	277	203	219	218	169	179
Carapebus	-	-	1	3	3	2	5	4	3
Conceição de Macabu	6	3	-	4	1	3	10	6	12
Macaé	15	15	23	33	38	26	60	99	113
Quissamã	9	5	7	14	11	7	13	16	14
São Fidélis	14	10	15	23	19	15	24	9	18
São Francisco de Itabapoana	7	12	9	9	9	5	9	5	11
São João da Barra	4	11	5	13	10	3	16	6	15

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))²¹.

Tabela 13. Demanda de pacientes AIH/SUS da Região de Saúde Noroeste Fluminense (2008-2016)²².

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Rio de Janeiro	2180	3259	3847	4612	4899	4706	4681	4346	7005
Região Noroeste	241	358	328	307	297	271	423	364	339
Aperibé	6	5	6	10	17	7	16	16	18
Bom Jesus do Itabapoana	8	13	16	12	10	11	26	21	20
Cambuci	3	6	11	11	13	11	19	21	12
Cardoso Moreira	2	4	8	5	5	6	9	14	17
Italva	9	11	9	16	8	14	23	14	17
Itaocara	17	27	20	28	31	38	56	32	27
Itaperuna	121	207	146	125	104	98	165	122	122
Laje do Muriaé	5	5	3	5	6	2	7	3	8
Miracema	14	17	14	21	20	18	19	30	18
Natividade	14	8	23	13	20	17	22	14	9
Porciúncula	9	13	17	11	14	15	17	18	18
Santo Antônio de Pádua	24	40	43	39	32	28	29	40	41
São José de Ubá	5	2	6	7	11	2	13	10	9
Varre-Sai	4	-	6	4	6	4	2	9	6

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))²³.

²⁰ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

²¹ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

²² Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

²³ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

O total de atendimentos, tendo como base os dois tipos de serviços, foram compilados e apresentados através do Gráfico 4 para a região norte e do Gráfico 5 para a região noroeste de forma percentual para cada município.

Os Gráficos 4 e 5, demonstram que os números de atendimento são proporcionais a demanda populacional de cada município. Na Tabela 14 são apresentados o somatório de todos os atendimentos de hemodinâmica das regiões, sendo relacionado com a população estimada em 2016.

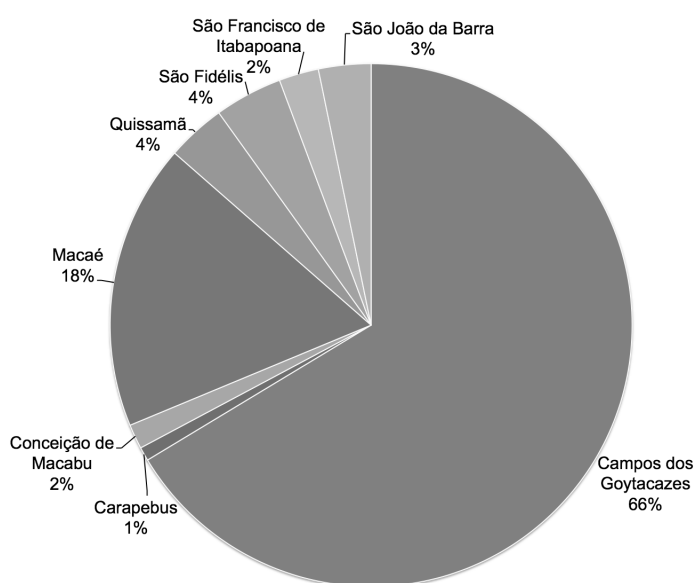


Gráfico 4. Percentual total de demanda de pacientes da Região de Saúde Norte Fluminense
 Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))²⁴..

²⁴ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses

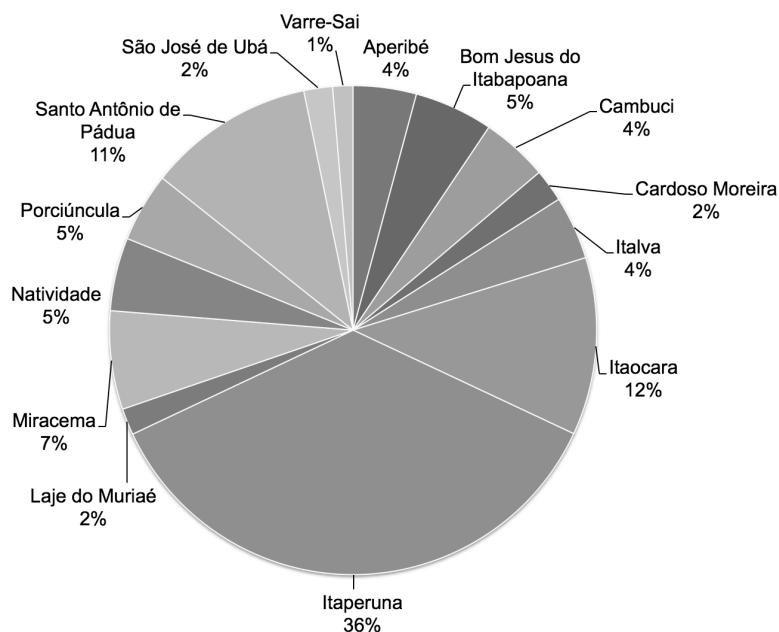


Gráfico 5. Percentual total de demanda de pacientes da Região de Saúde Noroeste Fluminense
Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))²⁵.

Tabela 14. Total de Atendimentos em Procedimentos de Hemodinâmica (2008-2016*) versus população das Regiões de Saúde Norte e Noroeste Fluminense

	Total atendimentos 2008 - 2016*	População estimada 2016
Rio de Janeiro	52.377	16.635.996
Região Norte	8.933	901.210
Região Noroeste	8.842	337.428

Fonte: Elaborado pelo autor ((2016) com base de dados do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008 – 2016))²⁶.

Os serviços de hemodinâmica oferecidos na Região de Saúde Norte Fluminense, no período entre 2008 e 2016, foram de 8.933 entre atendimentos de diagnóstico e procedimentos terapêuticos. Os da Região de Saúde Noroeste Fluminense, foram de 8.842, sendo que a região só possui uma oferta dos serviços enquanto a Região Norte tem uma oferta de três serviços disponíveis ao SUS.

²⁵ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

²⁶ Valores em projeção anual tendo com base a média dos valores obtidos nos oito primeiros meses de 2016

Considerando que a população da regional norte é quase três vezes maior, tais dados colocam novamente as questões que já foram levantados na problematização dessa dissertação, como por exemplo, será que o serviço ofertado na regional noroeste é mais eficaz no pronto atendimento ou estaria havendo superutilização de serviços naquela região? Ou será que os pacientes mais necessitados da regional norte encontram mais dificuldade no acesso aos serviços?

Pelo que ficou constatado pela pesquisa quantitativa e opinião dos entrevistados realizados através da pesquisa qualitativa, a questão da disponibilidade está bem resolvida nas duas regiões. Entretanto, os problemas em relação ao encaminhamento de casos de urgência, como relatado no item 3.1 deste Capítulo, geram uma dificuldade de acesso aos serviços, o que pode contribuir com a redução dos atendimentos e conseqüentemente aumento da morbimortalidade.

3.3. QUALIDADE DO ACESSO

A abordagem qualitativa do estudo de caso, se deu através de pesquisa de campo envolvendo os principais sujeitos que compõem o arranjo institucional regional, no que se refere a serviços de hemodinâmica, conforme reportado na metodologia.

No Quadro 4 apresenta-se os sujeitos de pesquisa e a identificação dos entrevistados. Conforme fica explícito no Quadro e relato a seguir, nem todos os sujeitos de pesquisa foram entrevistados, devido a dificuldades conjunturais.

QUEST.	SUJEITO	REGIÃO - CIDADE	UNIDADE / INSTITUIÇÃO	ENTREVISTADO
1	Gestor Municipal	Norte -Campos	Secretaria Municipal de Saúde	-
		Norte - Macaé	Secretaria Municipal de Saúde	-
		Noroeste - Itaperuna	Secretaria Municipal de Saúde	-
2	Gestor de unidade pública de saúde	Norte/ Noroeste	-	-
3	Gestor de unidade privada de saúde	Norte -Campos	Santa Casa de Misericórdia de Campos	Dr. Cleber Glória Silva (Diretor Técnico)
		Norte -Campos	Hospital Escola Álvaro Alvim	Flávio Persilva Hoelzle (Administrador)
		Norte -Campos	Hospital Prontocardio	Dr. Celmo Ferreira Jr. (Administrador e responsável pelo setor de hemodinâmica)
		Norte -Campos	Hospital Geral Doutor Beda	-
		Norte - Macaé	Fluxo Hemodinâmica	Karine Lelis (Gerente)
		Noroeste - Itaperuna	Hospital São José do Avai	Isabel Andrade (Administradora)
4	Planos privados de saúde	Norte -Campos	UNIMED	-
		Norte - Macaé	UNIMED	-
		Noroeste - Itaperuna	UNIMED	-
5	Representante de usuários	Norte -Campos	Conselho Municipal de Saúde	Edgard Andrade de Corrêa (Representante de usuários)
		Norte - Macaé	Conselho Municipal de Saúde	-
		Noroeste - Itaperuna	Conselho Municipal de Saúde	Márcia Christina França (Representante de usuários)
6	Representante de associações de médicos (CRM)	Norte -Campos	Conselho Regional de Medicina	Dr. Makhoul Moussallem (Coordenador)
		Norte - Macaé	Conselho Regional de Medicina	Conselho Regional de Medicina
		Noroeste - Itaperuna	Conselho Regional de Medicina	Dr. Carlos Eugênio M. de Barros (Coordenador)
7	Representante comercial de empresa	Norte/ Noroeste	Philips	-
8	Assistente Social	Norte -Campos	Santa Casa de Misericórdia de Campos	Regina Célia (Assistente Social)
		Norte -Campos	Hospital Escola Alvaro Alvim	Reni Maria Tavares da Fonseca da Gama (Assistente Social)
		Norte -Campos	Prontocardio	(Não possui no setor)
		Norte -Campos	Hospital Geral Doutor Beda	-
		Norte - Macaé	Fluxo Hemodinâmica	(Não possui)
		Noroeste - Itaperuna	Hospital São José do Avai	Juliana Silva Cescone (Assistente Social)

Quadro 4. Sujeitos de Pesquisa Identificados
Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

As respostas das entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Quanto à forma de apresentação dos relatos optou-se por realizar apenas sinopses por tipo de questionário que correspondem às funções exercidas no arranjo institucional, destacando as principais observações feitas pelos entrevistados acerca do funcionamento do acesso dos pacientes com qualidade ao serviço de hemodinâmica. Ressalta-se que foram realizadas entre os meses de novembro de 2016 a fevereiro de 2017.

3.3.1. Gestor Municipal de Saúde

O gestor público municipal exerce um papel muito importante no arranjo institucional referente aos serviços de saúde, como um tomador de decisões sobre políticas públicas e articulador com os demais gestores e órgãos de representação e regulamentação, fazendo uma ligação entre as três esferas de governo na organização do território.

O período das entrevistas foi bastante complicado à nível de gestão municipal, pois foram realizadas no fim de um mandato (2016) e início de outro (2017). No município do Campos dos Goytacazes (região norte), não obtivemos nenhuma resposta por parte do governo anterior. No município de Macaé (região norte), não houve mudança de governo, porém há uma peculiaridade, pois o secretário de saúde é o prefeito da cidade, o que torna ainda mais difícil o contato. No município de Itaperuna (região noroeste), ocorreu mudança no governo e apesar de termos sido bem recebidos pelo atual secretário de saúde, ele ficou de verificar as informações e enviar posteriormente.

3.3.2. Gestor de Unidade Pública

O papel do gestor de unidade pública no arranjo, é de planejar, controlar e executar o serviço de saúde. Além de ser um canal de comunicação direta com o gestor municipal de saúde. É um tomador de decisão, estando subordinado ao governo. A diferença entre os gestores público e privado é que uma entidade pública preza pelo bem comum e direito de todos e que uma empresa privada, objetiva-se o

lucro. Buscou-se compreender se existiria alguma diferença entre as funções, já que as demandas pelo público são maiores.

Conforme pesquisa realizada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) e entrevistas aos gestores das unidades, nenhuma unidade prestadora de serviços de hemodinâmica nas Regiões Norte e Noroeste é pública. Todos os seis estabelecimentos são privados, sendo três destes filantrópicos.

Este fato corrobora o que foi mencionado na revisão bibliográfica que em relação a provisão de serviços de alta complexidade, tem se observado ultimamente que o Estado tem sido incapaz de expandir a oferta de serviços públicos. Também ficou constatado que recentemente a expansão da oferta privada tem sido muito maior do que a pública (ANDREAZZI et al.,2014).

3.3.3. Gestor de Unidade Privada

Cabe ao gestor de unidade privada as mesmas funções exercidas pelo gestor de unidade pública, além de buscar a realização de convênios/contratos com o SUS e planos de saúde.

A entrevista com os gestores de unidade privada tinha como objetivo, saber como se dá a demanda dos pacientes em relação à capacidade de oferta do serviço, qual a relação da unidade com o SUS e planos de saúde, e se a correlação de tempo versus distância é adequada para os pacientes. Das seis unidades ofertante dos serviços, somente um gestor se negou a dar a entrevista.

De um modo geral, as respostas indicaram que a maior parte dos pacientes atendidos é provinda do SUS, seguidas dos planos de saúde. Os entrevistados apontaram que o SUS é o grande financiador da saúde, porém que as suas tabelas de pagamento estão defasadas. Todos argumentam que possuem convênios com diversos planos de saúde e que a grande vantagem em relação ao SUS é que as tabelas são superiores.

As demandas dos pacientes, em sua maioria, são das regiões do estudo, apesar de existir uma procura vinda de outras regionais como as metropolitanas I e

II, e demais municípios do ERJ ou até mesmo de outros estados para alguns tipos de procedimentos, o que acaba aumentando a distância da unidade de atendimento de suas residências.

Esse crescente aumento da demanda têm alguns motivos. O primeiro é a baixa capacidade de atendimento das demais regionais; outro é devido à crise econômica nacional que está fazendo com que cada vez mais pessoas desistam dos planos de saúde e usem mais o SUS. Outros dois motivos apontados são que as regiões norte e noroeste são referências estaduais para tratamentos de doenças cardiovasculares e periféricas, sendo a região noroeste também referência nacional para doenças neurológicas.

Em relação ao tempo médio de atendimento para os pacientes nas regiões a maioria dos entrevistados considerou ser razoável, mesmo tendo que passar pela regulação do sistema²⁷. Todavia observou-se uma situação negativa e crítica, em todo o recorte territorial estudado, com relação ao atendimento primário, que deveria ser realizado pela Rede de Urgências e Emergências. Os entrevistados foram unânimes em afirmar que o mesmo é precário.

Uma situação peculiar em relação ao pronto atendimento observada na região noroeste em comparação com a norte, é que a equipe médica cardíaca do hospital, preparou um protocolo de pré-atendimento para todas as Unidades de Urgência da região. Não foi possível mensurar, mas diante de uma análise empírica, os pacientes chegam ao setor com menores riscos.

As respostas das entrevistas reafirmam que a prestação de serviços de alta complexidade se dá em sua maioria através do setor privado, conforme dito anteriormente, porém grande parte da demanda e consequentemente do financiamento é provindo do SUS. Todas as respostas levam a um entendimento de que a oferta dos serviços é superior à demanda nas regiões de estudo. Adicionalmente, ficou bastante claro que se o serviço for só prestado para pacientes privados, ele trabalharia com uma capacidade ociosa elevada. Esse ponto sugere que existem diversas pactuações e interesses entre os gestores das unidades privadas e o SUS.

²⁷ Central de Regulação.

3.3.4. Planos Privados de Saúde

O papel do gestor dos planos privados de saúde no arranjo institucional, é a de ser um indutor de demanda para o serviço público e privado, já que grande parte da população nacional é beneficiada pelo sistema de saúde suplementar.

Foi extremamente difícil algum contato com um plano de saúde privado que abrangesse as duas regiões. Os representantes demonstraram pouco interesse em contribuir com a pesquisa, se negando a responder as questões, alegando desconhecimento do assunto. Esse ponto reforça o anterior e mostra como é difícil identificar os interesses e os pactos existentes entre os sujeitos de pesquisa envolvidos com o arranjo institucional de prestação de serviços de hemodinâmica.

O objetivo das perguntas era somente conhecer melhor como se dá a relação desta instituição com os demais sujeitos da pesquisa e como se dá a autorização de procedimentos e contratos com prestadores.

3.3.5. Representante de Usuários

A participação dos representantes da população nas decisões de políticas públicas, é fundamental para que elas sejam tomadas de forma mais democrática e participativa, e menos arbitrária, além de legitimar as deliberações.

Adotou-se entrevistar os representantes dos usuários dos Conselhos Municipais de Saúde dos três municípios ofertantes do serviço de hemodinâmica nas regiões do estudo, por estarem diretamente ligados a gestão dos serviços. Somente um representante absteve em responder as questões.

O propósito das entrevistas era saber se existe algum envolvimento da instituição na oferta destes serviços compondo o arranjo institucional desenhado e como ele funciona na prática no que diz respeito, se ao acesso aos pacientes está se dando com qualidade, conforme apontado na revisão bibliográfica²⁸..

²⁸ Donabedian (1980) e Penchansky e Thomas (1981).

As entrevistas ratificam que o Conselho faz parte sim das decisões relacionadas as políticas de saúde, onde dão o aval para contratação de todos os serviços prestados ao SUS e liberação ou não de algum tipo de procedimento. Essa contratualização de prestadores ao SUS é realizada através de Edital de Chamamento Público, tendo prioridade os hospitais filantrópicos, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Ficou subentendido que existe sim um "jogo de interesses" entre instituições e governo, e que em alguns casos a utilização do conselho para deliberações sofre influências, enfraquecendo o poder decisório e representativo deste.

De maneira geral, as respostas demonstram que o número de atendimentos pelos serviços de alta complexidade são pré-estipulados pelo SUS de acordo com uma média fixada, que os custos dos procedimentos são altos e que grande parte da população não conseguiria arcar com as despesas, que a relação entre oferta/demanda é equilibrada e que há acesso com eficiência aos pacientes.

3.3.6. Representante de Associação de Médicos

Como executor dos serviços de saúde, os médicos são considerados no arranjo institucional, um dos atores que mais influenciam as decisões dos gestores, por estarem em contato diretamente com a causa. Pode-se observar nas entrevistas realizadas com os gestores das unidades, que em todas as decisões de compras de equipamentos e demanda de tecnologias, eram realizadas em acordo com a equipe médica responsável pelo setor.

As entrevistas foram realizadas com os representantes dos Conselhos Regionais de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), nas cidades Campos dos Goytacazes e Itaperuna. O representante da cidade de Macaé não deu nenhuma resposta.

O objetivo principal das entrevistas era entender o envolvimento da entidade em relação à incorporação de novas tecnologias e prestação de serviços de alta complexidade nas regiões de estudo, principalmente nos municípios ofertantes dos procedimentos de hemodinâmica.

As respostas tiveram muita semelhança. Em ambos os casos não possuem nenhuma atribuição ou decisão sobre oferta de serviços médicos e em especial a hemodinâmica. Tão poucos possuem algum tipo de envolvimento com a questão.

Desconhecem as questões de custos de procedimentos e apontam que na região noroeste não há concorrência entre prestadores, que o acesso e a qualidade aos pacientes são ótimos.

Na região norte, reforça o entendimento que o Serviço de Urgência e Emergência para pronto atendimento em casos de doenças graves é precário, e que a Regulação é ineficiente, pois submetem os pacientes a uma fila de espera de vagas para os procedimentos e leitos hospitalares, sem critérios de complexidade e estágio da doença.

3.3.7. Representante Comercial de Equipamentos de Alta Complexidade

O representante comercial da empresa gera influência direta na escolha da aquisição e uso das tecnologias ligadas ao serviço de saúde.

Foram realizadas inúmeras tentativas com representantes da empresa que mais fornece equipamentos de raios X para hemodinâmica nas regiões e não foi dado nenhum retorno.

3.3.8. Assistente Social da Instituição.

O assistente social exerce um papel muito importante no arranjo institucional, que é o de acolher e garantir a qualidade do atendimento a todos os usuários.

As entrevistas com os assistentes sociais teve o objetivo de saber como os pacientes eram acolhidos, como se dava o acesso e os tipos de problemas que eles apresentam relativamente ao serviço de hemodinâmica.

Do total de seis entrevistas referentes aos locais que ofertam o serviço de hemodinâmica nas regiões estudadas, foram realizadas três, sendo duas no município de Campos e uma no município de Itaperuna.

Uma assistente social de um hospital particular da Cidade de Campos não respondeu, pois não teve autorização da gestão, (o mesmo também se negou a responder as questões), no outro hospital particular, não possui assistente social no setor e o estabelecimento que oferece o serviço no município de Macaé, é uma clínica particular e não possui a figura do assistente social.

De uma forma geral as respostas expressaram que sempre acolhem todos os pacientes e acompanhantes com atendimento informativo, auxílio em diversas necessidades, esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos, quando se faz necessário; buscam viabilidade de transporte para locomoção dos pacientes e transferências junto as Secretarias Municipais de Saúde e órgãos competentes.

No que tange ao acesso aos serviços relacionados a qualidade, houve uma divergência entre os entrevistados. A metade acredita que o acesso intervém Na qualidade dos serviços e a outra metade acredita que não.

As respostas indicam que os serviços são eficientes, que há uma boa oferta dos serviços de hemodinâmica e que os pacientes oriundos de outros municípios têm apoio das prefeituras locais para transporte.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num cenário marcado por altos níveis de desigualdade social, o acesso aos serviços públicos, especialmente aos serviços médicos no Brasil, está longe de ser igualitário e universal, como prevê a CF e as diretrizes do SUS. E quanto maior for o nível de complexidade do serviço, maior tende ser a dificuldade de acesso, principalmente aos mais necessitados.

Apesar da autora Arretche (1996) exteriorizar que o SUS é um exemplo de política que obteve sucesso em relação à descentralização e regionalização perante aos demais programas sociais, (e de fato houve sim um avanço muito grande em comparação com outras áreas, como por exemplo, saneamento básico), por outro lado, observou-se que, à partir do marco institucional e pelo relato das entrevistas, em relação aos serviços, principalmente nos casos de alta complexidade, o acesso não está sendo garantido em sua totalidade. Este fato demonstra que uma política pública, não se limita em sua legalização ou normatização, e sim numa efetiva aplicação e implementação. Corroborando com a mesma autora, expressa que, por muitas vezes, o processo de descentralização esbarra em interesses pessoais e políticos de atores internos e externos do arranjo institucional, além de variáveis econômicas e governamentais (ARRETECHE, 1999).

Através da metodologia proposta, foi possível uma maior compreensão do objeto de estudo, e alcançar os objetivos da pesquisa, porém algumas dificuldades, foram encontradas, que merecem ser expostas. A primeira é referente a pesquisa quantitativa em dados secundários, que guarda algumas limitações nas informações, que são inerentes das bases de dados consultadas. A segunda é que os dados referentes à demanda dos pacientes para utilização de serviços de hemodinâmica

também deveriam incluir informações quantitativas sobre os pacientes privados, o que não foi possível. A terceira é em relação a dificuldades conjunturais, impossibilitando a realização das entrevistas a todos os sujeitos de pesquisa.

A pesquisa identifica por meio do relato dos entrevistados e da observação aferida, que a quantidade de oferta da prestação dos serviços de hemodinâmica é elevada e suficiente nas regiões, mas é realizada em sua totalidade por entidades privadas. A grande maioria do financiamento e da demanda de pacientes é provinda do SUS.

Fica evidente à existência de poucas equipes médicas especializadas nesse tipo de assistência à saúde, e constatado que somente as mesmas três equipes atuam simultaneamente nas duas regiões de saúde.

Observou-se ainda que a demanda de pacientes atendidos pelo serviço de hemodinâmica nas regiões de saúde estudadas, não se restringe aos habitantes dos municípios envolvidos, por se tratar de referências médicas a nível estadual e nacional.

Fica evidente que o arranjo institucional influencia diretamente nas ações de políticas de assistência à saúde de alta complexidade, devido ao alto grau de investimentos das tecnologias para prestação dos serviços e interesse dos agentes privados pelo recursos, demonstrando a existência de uma privatização dos serviços de saúde, onde quem realiza os serviços é o setor privado, porém quem financia, é o poder público, reafirmando literatura apresentada (SANTOS, 1994; ANDREAZZI et al. 2014; HASENCLEVER, 2016).

Apesar da favorável relação entre a oferta e a demanda, os índices de morbimortalidade são elevados nessas regiões, indicando que existem outros fatores além da disponibilidade do serviço no local que impedem o acesso com qualidade.

Por meio de uma análise comparativa dos indicadores do IDHM entre os municípios das duas regiões de estudo, tornou-se possível compreender que o indicador saúde vêm sendo reduzido ao longo do tempo, demonstrando sinais evidentes de problemas no seu funcionamento.

A pesquisa aponta algumas deficiências nesse sistema, dentre elas, a defasagem da tabela de pagamento do SUS, que desestimula a ação dos prestadores de serviços; o atendimento de urgência em todo recorte territorial estudado, onde um pronto atendimento é substancial para redução de sequelas, riscos cirúrgicos e casos de mortalidade, e o desconhecimento dos pacientes e a falta de informações sobre o sistema e as barreiras impostas pelo arranjo institucional, dificultam e limitam o acesso com qualidade aos serviços. Desta forma, a hipótese formulada de que o arranjo institucional poderia dificultar o acesso com qualidade se confirma.

Ao longo da pesquisa, observou-se que existem outros serviços médicos relacionados ao serviço de hemodinâmica, como, por exemplo, a cirurgia cardiovascular e fluxo dos pacientes, que se mostram bastante problemáticos do ponto de vista do acesso com qualidade dos pacientes. Assim recomenda-se a realização de pesquisas futuras para explorar e aprofundar o tema na prestação de serviços cardiovasculares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; et al. Copagamentos no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência? **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 89-109, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/06.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____, et al. Oferta e utilização de serviços de hemodinâmica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 4, n. 5, p.357-365, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00357.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

ARRETCHE, Marta T. S. O mito da Descentralização: Maior Democratização e Eficiência das Políticas Públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 31. São Paulo, 1996. Disponível em: <http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F191946%2Fmod_forum%2Fattachment%2F300193%2FBIBL%C3%8DoGRAFIA%206.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p.1-31, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>>. Acesso em: 12 jun 2016.

BARDINI, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRAGA, J.C.S; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES; Hucitec, 1981.

BRANDÃO, C. **Território e desenvolvimento**. Campinas-SP: UNICAMP, 2007.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto n. 27.664, de 30 de dezembro de 1949**: regula o serviço de assistência médica domiciliar e de urgência da previdência social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008**: institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. **Portaria n. 1863/GM, de 29 de setembro de 2003**: institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. **Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf>. Acesso em: 12 jul 2017.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 21 jul 2017.

_____. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 12 out 2016.

_____. SECRETARIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002**: aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 12 mar. 2016

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21 ago 2017.

_____. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 22 set 2017.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 nov. 2016.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. SENADO FEDERAL. **Decreto n. 46.349, de 3 de julho de 1959**: aprova o regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (S.A.M.D.U.). Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=177109>>. Acesso em: 21 maio 2016.

CALIL, SJ. Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares. In: NEGRI B (org), GIOVANNI G di (org). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP; 2001. p.91-121.

CASTRO, Iná Elias de. **Geografia e política**: território, escalas de ação e instituições. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

CENTRO DE ESTATÍSTICAS, ESTUDOS E PESQUISAS. ESTADO DO RIO DE JANEIRO. REGIÕES DE GOVERNO (CEEP). **Histórico das Regiões de Governo**: o grande Rio e a Baixada Fluminense: divisão político-administrativa do Estado do Rio de Janeiro: segundo as Regiões de Governo e municípios: divisão regional: segundo as mesorregiões: microrregiões geográficas e municípios: Estado do Rio de Janeiro Regiões de Governo. Disponível em: <http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_regional.html>. Acesso em: 06 out. 2016.

CORDEIRO, H. **Indústria de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CORTES, Soraya Vargas. O Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma avaliação. In: MADEIRA, Lígia Mori (Org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS; CEGOV, 2014.

CRUZ. José Luis Vianna da. Os desafios da construção do desenvolvimento no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n.2, jul; 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cdf/article/view/9088/6965>>. Acesso em: 12 maio 2016.

DIAS, Rosa Maria Lages; PASTRANA, Rosa Maria Souza de. O Sistema Único de Saúde e o mercado suplementar de assistência à saúde no Brasil. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/sus_mercado_suplementar_dias.pdf>. Acesso em: 21 abr 2016.

DONABEDIAN, A. **The Definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor-MI: Health Administration Press, 1980.

_____. The Quality of Care - How Can it be Assessed? **JAMA**, n.30, n. 260 (12), p. 1743-1748, set, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356> >. Acesso em: 13 maio 2016.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114 (11), p. 1115-1118, nov; 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>>. Acesso em: 13 maio 2016.

FAURÉ, Yves-A (org); HASENCLEVER, Lia (org.). **O Desenvolvimento Local no Estado do Rio de Janeiro: estudos avançados nas redes municipais**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005.

FIANI, Ronaldo. **Cooperação e conflito: instituições e desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FURTADO, C. **O capitalismo global**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1998.

GADELHA, Carlos Augusto et al. Saúde e Desenvolvimento: Uma Perspectiva Territorial. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila (org); et al. **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

GERSCHMAN, Silvia; CASTANHEIRA, Débora. Formulação e implementação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n.3, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cdf/article/view/9342/7243>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. O Poder Legislativo na Formulação da Política de Saúde. In: _____ (org); SANTOS, P.S.M.A. (org). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

GEYMAN, J.P. The corporate transformation of medicine and its impacts on costs and access to care. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 16, n.5, p.443-54, 2003. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/content/16/5/443.full>>. Acesso em: 12 maio 2016.

GRAGNOLATI, Michele, LINDELOW, Magnus, COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma avaliação do Sistema Único de Saúde**. Washington: The World Bank, 2013. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/.../PORT-TYHSRB_WEB_FULL.pdf?>. Acesso em: 20 mar. 2016.

HASENCLEVER, L. Especialização produtiva e desenvolvimento sustentável: potenciais e desafios para o Estado do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE GESTÃO DE TECNOLOGIA, 15, 2013, 27-31 out; Porto-Portugal. **Anais...** Porto-Portugal: Altec, 2014. Disponível em: <<http://www.altec2013.org/>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. et al. Política Industrial e Tecnológica para o Setor Saúde: instrumento de parcerias de desenvolvimento produtivo e os desafios de sua operação. In: CICLO DE DEBATES EM ECONOMIA INDUSTRIAL, TRABALHO E TECNOLOGIA, 15, 2016, 16-17 maio, São Paulo. **Anais...** São Paulo: PUC, 2017.

HILLMAN, B.J. Government health policy and the diffusion of new medical devices. **Health Services Research Journal**, v. 21, n. 5, p.681-711, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068982/>>. Acesso em: 21 ago 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/>>. Acesso em: 21 set. 2016.

KUHN, Ohana Toigo et al. Perfil de pacientes submetidos a cateterismo cardíaco e angioplastia em um hospital geral. **Revista Contexto e Saúde**, v.15, n. 29, p. 4-14, jul-dez, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4143/4736>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

LIMA, L.D.; et al. A Regionalização da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: GERSCHMAN, Silva (org); SANTOS, P.S.M.A. (org). **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

MUNOZ, F.P. A saúde no Rio de Janeiro: O velho compromisso pendente. In: URANI, A. (org); GIAMBIAGI, F. (org). **Rio: A hora da virada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NORONHA, J. C.; MACHADO, C. V; LIMA, L.D. A metrópole Rio de Janeiro: desafios para o planejamento em saúde. In: RASSI NETO, E (org); BÓGUS, C. M (org). **Saúde nos Aglomerados Urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OBSERVATÓRIO SEBRAE. **Painel Regional: Noroeste Fluminense**. Rio de Janeiro: SEBRAE, 2015. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_INFREG_2014_Noroeste.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. **Painel Regional: Norte Fluminense**. Rio de Janeiro: SEBRAE, 2015. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_INFREG_2014_Norte.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

O'DWYER, Gisele, et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2189.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

OLIVEIRA, Maria Carolina Gonçalves. **Planejamento em saúde e gestão democrática: Uma análise dos instrumentos do planejamento da política de saúde do município de Campos dos Goytacazes**. Dissertação. 2016. 168 f. (MESTRADO em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) – Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes-RJ, 2016. Disponível em: <<https://cidades.ucamcampos.br/producoes/dissertacoes/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PAIVA, Alessandro Menezes. **Revisitando o modelo de fluxos múltiplos: ambiguidade e conflito na implementação da política nacional de atenção as**

urgências (PNAU). 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Candido Mendes, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

PENCHANSKY, D.B.A; THOMAS J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19; n.2, p. 127-1240, fev; 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>. Acesso em: 26 de out; 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **O índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro**: 2013. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh1/o-idh-brasileiro0.html>>. Acesso em: 11 jul; 2016.

_____. **O que é Desenvolvimento Humano?** Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 08 jul; 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). SECRETARIA DE SAÚDE. **Atualização do Plano Diretor de Regionalização**: 2012/2013. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2012. Disponível em: < <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/informes-aogestor/comissoes-intergestores-regionais/27120-o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro.html>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

_____. _____. **Plano de ação regional da rede de urgência e emergência da Região Norte (RUE)**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/anexos/2116-plano-de-acao-da-rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-2016/file.html>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. _____. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/docman/informes-aogestor/planejamento/pas/10749-plano-diretor-de-regionalizacao-2001-2004/file.html>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: 2008-2011**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1432299087_PES_2009_2011_FINAL_MODIFICADO_EM_22_09_10.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

RODRIGUES, R.M. **Análise do mercado privado de diagnóstico por imagem do município de Macaé e suas interrelações com o processo regulatório local**. 2008. 115. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva; Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/posgrad/posgraduacao/teses/2008/Raquel_Miguel_Rodrigues2008.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SANTOS JÚNIOR, Júlio César Monteiro dos. Avaliação Médica: O Consumo na Medicina e a Mercantilização da Saúde. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p.70-85, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n1/v26n1a11.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas-SP: Saberes, 2012.

SANTOS, Milton. Meio técnico-científico-informal e urbanização do Brasil. In: _____. **Técnica, espaço, tempo**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 135-159.

SANTOS, Sérgio dos. **O orçamento na saúde: radiografia e possíveis diagnósticos em Campos dos Goytacazes**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) – Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes - RJ, 2008. Disponível em: <<https://cidades.ucam-campos.br/wp-content/uploads/2012/10/sergio-dos-santos-2008.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SCHEFFER, M. (coord). **Demografia Médica no Brasil: 2015**. São Paulo: USP, 2015. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Hudson Pacífico da. **Dimensões da saúde no Brasil: proteção social, inovação tecnológica e acumulação de capital**. 2007. 266 f. Tese. (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2007. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-17022009.../hudsonpdasilva.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

SILVEIRA, Heber Rocha, COSTA, Renato Eliseu; OLIVEIRA, Vivian Satiro de. A Descentralização de Políticas Públicas no Brasil e o Sistema Único de Assistência Social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE, 1, 2010, 10-12 nov; Natal-RN. **Anais...** Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos%20REVISADOS/A%20Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil%20e%20o%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Assist%C3%AAncia%20Social.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS). In: CONGRESSO NORTE E NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 6, 2012, 19-21 out; Palmas-Tocantins. **Anais...** Palmas-Tocantins: Instituto Federal de Tocantins, 2013. Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde é desenvolvimento. **Revista Carta Capital**, 11 de abril de 2012. <<http://www.cartacapital.com.br/saude/saude-e-desenvolvimento>>. Acesso em: 10 jul 2016.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, LIMA, Luciana Dias de, FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.15, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. **Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação**. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____. SILVA, Hudson Pacífico da; ELIAS, Paulo Eduar do M. Economia política da saúde: Introduzindo o debate. **Revista Divulgação em Saúde para Debate - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/economia_politica_viana.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. _____. MIRANDA, Alcides Silva de. **Segmentos institucionais de gestão em saúde**: descrição, tendências e cenários prospectivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/2-PJSSaudeAmanha_Texto0002_final.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

VIANNA, Solon Magalhães (coord). **Projeto Economia da Saúde**: Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

VIEIRA, João Paulo Tapioca de Oliveira. **Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no Município do Rio de Janeiro**. 2016. 142 f. Dissertação. (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16060/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Tapioca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 maio 2016.

VILPOUX, O. Desempenho dos arranjos institucionais e minimização dos custos de transação: transações entre produtores e fecculárias de mandioca. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v.49, n.2, p. 1-24, abr-jun; 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/resr/v49n2/v49n2a01.pdf> >. Acesso em: 30 abr. 2016.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZYLBERSZTAJN, D; NOGUEIRA, A.C.L. Estabilidade e difusão de arranjos verticais de produção: uma contribuição teórica. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 329-346, jul-dez. 2002. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/docprod/downarq.php?id=547&tp=a>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 01.

Data: ___/___/_____. Entrevistador: _____

Identificação: _____

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Gestor municipal**

(I). História:

Tempo que o cargo existe _____ Tempo do gestor no cargo _____

Quais são as atribuições do órgão referente a difusão de equipamentos de hemodinâmica?

- () É necessário que a instalação/ampliação seja autorizada
- () Autoriza contratos com prestadores
- () Acredita/controla qualidade de prestadores
- () Autoriza procedimentos
- () Gerenciamento fiscal
- () Outros, especificar

(II). Estratégias:

Como faz para?

Selecionar qual tecnologia será incorporada? () Não se aplica

Autorizar instalação/ampliação? () Não se aplica

Autorizar contrato com os prestadores? () Não se aplica

Controlar qualidade dos prestadores? () Não se aplica

Treinar os prestadores de serviço para trabalharem com a nova tecnologia?

() Não se aplica

Autorizar procedimentos ? () Não se aplica

Avaliar consequências da adoção da tecnologia? () Não se aplica

Realizar o convênio entre o SUS e prestadores de serviço públicos e privados?

() Não se aplica

(III). Outras informações relevantes:

As formas de remuneração dos médicos trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

As formas de financiamento dos exames trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

Quais mecanismos de concorrência entre os prestadores vc identifica?

O que pensa deles relativos ao acesso/custo/qualidade dos serviços?

(IV). Resultados:

Tempo de espera médio para os procedimentos

Distância geográfica para acesso aos procedimentos:

Reclamações dos usuários:

Outras informações relevantes

APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 02.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Gestor de unidade pública de saúde**

(I). História:

Tempo que o cargo existe _____

Tempo do gestor no cargo _____

(II). Natureza jurídica do estabelecimento

() Filantrópico

() Fundação privada

() Empresa de capital fechado não pertencente a rede

() Empresa de capital fechado pertencente a rede

() Empresa de capital aberto não pertencente a rede

() empresa de capital aberto pertencente a rede

(III). Natureza do serviço de hemodinâmica

() Própria

() terceirizada

(IV) Se terceirizada: estabelecimento

() Filantrópico

() Fundação privada

() Empresa de capital fechado não pertencente a rede

() Empresa de capital fechado pertencente a rede

() Empresa de capital aberto não pertencente a rede

() empresa de capital aberto pertencente a rede

(V) Se for terceirizado:

Desde quando?

Como é feito esse convênio/contrato com o terceirizado?

Os procedimentos são todos SUS ou não ?

Quando foi adquirido o primeiro RX para hemodinâmica em sua instituição?

Quantos aparelhos existe atualmente e quando foram adquiridos?

Quais marcas?

Quantos estão funcionando?

(VI). Como se deu o processo de aquisição do último equipamento:

Quem solicitou a compra?

Quem decidiu pela compra?

Quem decidiu pela marca?

Que critérios de decisão foram utilizados?

Quais as vantagens das marcas existentes no local?

E as desvantagens?

(VII) Estratégias:

Como foram financiados os equipamentos?

() Recursos próprios a vista

() Financiamento BNDES

() Financiamento REFORSUS

() Recursos federais do SUS, a vista

() Financiamento bancário privado

() Leasing

() Financiamento da fábrica

() Doação

() Emenda parlamentar

() Outros, especificar

(VIII) Outras informações relevantes:

Tenciona expandir? Como?

O serviço funciona plenamente?

Caso não funcione, por quê?

O serviço está adequado ao perfil epidemiológico da população?

(IX) Resultados:

Tempo de espera médio para os procedimentos

Distância geográfica da demanda dos procedimentos:

Reclamações dos usuários:

Outras informações relevantes

APÊNDICE 3: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 03.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Gestor de unidade privada de saúde**

(I). História:

Tempo que o cargo existe _____

Tempo do gestor no cargo _____

(II). Natureza jurídica do estabelecimento:

() Filantrópico

() Fundação privada

() Empresa de capital fechado não pertencente a rede

() Empresa de capital fechado pertencente a rede

() Empresa de capital aberto não pertencente a rede

() empresa de capital aberto pertencente a rede

(III). Natureza do serviço de hemodinâmica

- Própria
- terceirizada

(IV). Se terceirizada: estabelecimento

- Filantrópico
- Fundação privada
- Empresa de capital fechado não pertencente a rede
- Empresa de capital fechado pertencente a rede
- Empresa de capital aberto não pertencente a rede
- empresa de capital aberto pertencente a rede

Quando foi adquirido o primeiro RX para hemodinâmica em sua instituição?

Quantos aparelhos existem atualmente e quando foram adquiridos?

Quais marcas?

Quantos estão funcionando?

(V). Como se deu o processo de aquisição do último equipamento.

Quem solicitou a compra?

Quem decidiu pela compra? Quem decidiu pela marca?

Que critérios de decisão foram utilizados?

Quais as vantagens das marcas existentes no local?

E as desvantagens?

(VI). Estratégias:

O que levou mais em consideração na decisão de montagem ou expansão do serviço de hemodinâmica?

Como foram financiados os equipamentos?

- Recursos próprios a vista
- Financiamento BNDES
- Financiamento Reforsus
- Financiamento bancário privado
- Leasing
- Financiamento da fábrica
- Doação
- Emenda parlamentar
- Outros, especificar

(VII) Outras informações relevantes

Tenciona expandir? Como?

O serviço funciona plenamente?

Caso não funcione, porquê?

O serviço está adequado ao perfil epidemiológico da população?

Quais as fontes de financiamento do serviço de hemodinâmica?

- SUS
- Pagamento direto
- Contratos com planos privados de saúde

(VIII) Caso SUS:

Tanto o estabelecimento como o serviço tem contrato/convênio?

Quando foi feito o contrato/convênio?

Recebe por que formas?

- AIH

() APAC

() Convênios de pagamento global

() Outros, especificar

Vantagens do SUS

Desvantagens do SUS

Participação estimada do SUS nas suas receitas

(IX) Caso pagamento direto:

Características da demanda que faz pagamentos diretos

Preço dos procedimentos

Angioplastia com um stent _____

Cateterismo cardíaco _____

Como fez para estabelecer os preços

Vantagens do pagamento direto

Desvantagens do pagamento direto

Participação estimada do pagamento direto nas suas receitas

Caso contratos com planos privados de saúde

Quando foi feito o primeiro contrato?

Quantos contratos têm?

Recebe por que formas?

() Tabela AMB

() CBHPM

() Pacotes

() Outros, especificar

Vantagens dos planos privados de saúde

Desvantagens dos planos privados de saúde

(X) Participação estimada dos planos privados de saúde nas suas receitas

Relação com os médicos

() Assalariamento

() Autonomia () Pessoa jurídica

() Corpo clínico fechado

() Corpo clínico aberto

Problemas na relação com os médicos

(XI) Resultados:

Tempo de espera médio para os procedimentos

Distância geográfica da demanda dos procedimentos:

Reclamações dos usuários

(XII). Outras informações relevantes

APÊNDICE 4: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 04.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Planos privados de saúde**

(I). História:

Tempo que o cargo existe _____ Tempo do gestor no cargo _____

Quais são as atribuições do órgão referentes a difusão de equipamentos de hemodinâmica?

() é necessário que a instalação/ampliação seja autorizada () Autoriza contratos com prestadores

() Acredita/controla qualidade de prestadores

() Autoriza procedimentos

() Gerenciamento fiscal

() Outros, especificar

(II). Estratégias:

Como faz para?

Selecionar qual tecnologia será incorporada? () Não se aplica

Autorizar instalação/ampliação? () Não se aplica

Autorizar contrato com os prestadores? () Não se aplica

Controlar qualidade dos prestadores? () Não se aplica

Autorizar procedimentos ? () Não se aplica

Avaliar consequências da adoção da tecnologia? () Não se aplica

(III). Outras informações relevantes:

Como remunera este tipo de serviço?

() Tabela AMB

() CBHPM

() Pacotes

() Outros, especificar

Outras informações relevantes

(IV). Resultados:

Tempo de espera médio para os procedimentos

Distância geográfica para acesso aos procedimentos:

Reclamações dos usuários:

Outras informações relevantes

APÊNDICE 5: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 05.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Representante de usuários**

(I). História:

Tempo que a organização existe _____

Tempo do informante na organização _____

(II). Estratégias:

(1) Sua organização já esteve envolvida em alguma discussão sobre oferta de serviços de hemodinâmica na microrregião?

(2). Qual foi o posicionamento da sua organização?

(3). Já recebeu visitas/propostas de apoio a expansão dos equipamentos?

(4). Outras informações relevantes

As formas de remuneração dos médicos trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

As formas de financiamento dos exames trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

Quais mecanismos de concorrência entre os prestadores vc identifica?

O que pensa deles relativos ao acesso?

O que pensa deles relativos aos custos?

O que pensa deles relativos à qualidade dos serviços?

Como você julga a relação oferta/demanda?

(III). Resultados:

Tempo de espera médio para os procedimentos

Distância geográfica para acesso aos procedimentos:

Custo dos procedimentos em relação ao poder aquisitivo das famílias

Reclamações dos usuários:

APÊNDICE 6: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 06.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Representante de associações de médicos (CRM)**

(I). História:

Tempo que a organização existe _____ Tempo do informante na organização _____

Quais são as atribuições do órgão referentes a difusão de equipamentos de hemodinâmica?

() é necessário que a instalação/ampliação seja autorizada () Autoriza contratos com prestadores

() Acredita/controla qualidade de prestadores

() Autoriza procedimentos

() Gerenciamento fiscal

() Outros, especificar

(II). Estratégias:

Como faz para?

Selecionar qual tecnologia será incorporada? () Não se aplica

Autorizar instalação/ampliação? () Não se aplica

Autorizar contrato com os prestadores? () Não se aplica

Controlar qualidade dos prestadores? () Não se aplica

Treinar os prestadores de serviço para trabalharem com a nova tecnologia?

() Não se aplica

Autorizar procedimentos ? () Não se aplica

Avaliar consequências da adoção da tecnologia? () Não se aplica

Você julga que decisão pela incorporação de novas tecnologias é centralizada na figura do médico?

(III) Outras informações relevantes:

As formas de remuneração dos médicos trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

As formas de financiamento dos exames trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

Quais mecanismos de concorrência entre os prestadores vc identifica?

O que pensa deles relativos ao acesso/custo/qualidade dos serviços?

(IV). Resultados:

Tempo de espera médio para os procedimentos

Distância geográfica para acesso aos procedimentos:

Reclamações dos usuários:

Outras informações relevantes

APÊNDICE 7: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 07.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Representante comercial de empresa**

(I). História:

Tempo da empresa neste mercado _____

Tempo do representante no cargo _____

(II). Estratégias:

- (1). Modelos de equipamentos a venda
- (2). Linhas de financiamento oferecidas
- (3). Formas de venda a órgãos públicos e privados
- (4). Inovação,
- (5). Filial brasileira interfere no processo de inovação e como?
- (6). Tempo médio de obsolescência dos equipamentos
- (7). Formas de venda

OBS: Associação com venda de insumos e manutenção dos equipamentos

(8). Formas de treinamento de recursos humanos são oferecidas?

(9). Tipos de marketing utilizados

(10). Vantagens de comprar os seus produtos

Ex: preço, rede de assistência técnica.

(11). Como pensa expandir o mercado

(12). Outras informações relevantes

APÊNDICE 8: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS, REALIZADAS COM OS SUJEITOS DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO 08.

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

Identificação:

Âmbito de atuação () Microrregião _____ () Estadual

TIPO DE SUJEITO: **Assistente Social da Instituição** _____

(I). História:

Tempo que o cargo existe na instituição: _____

Tempo do informante no cargo: _____

(II). Estratégias:

Quais são as formas de acolhimento dos pacientes pelo serviço social?

Que tipo de problemas os pacientes apresentam? (falta de informação sobre o procedimento, dificuldades de pagamento, dificuldade em agendar procedimentos, demora de atendimento, entre outras.)

As formas de remuneração dos médicos trazem questões relacionadas ao custo ou a qualidade dos serviços?

O que pensa sobre o acesso aos serviços pelos usuários? (A partir dos conceitos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade de estrutura, processo e resultado)

E em relação ao acesso entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes ?

Os acessos intervêm sobre a qualidade dos serviços?

O que pensa sobre custos dos procedimentos?

Como você julga a relação oferta/demanda no município e região?

(III). Funcionamento do serviço:

O serviço funciona plenamente?

Caso não funcione, por quê?

O serviço está adequado ao perfil epidemiológico da população?

Como é a relação com a gestão da unidade? E com os médicos e equipe prestadora do serviço?

(IV). Resultados:

Quais são as demandas dos pacientes e familiares após chegada na instituição para fazer algum procedimento?

Tempo de espera médio para os procedimentos?

Distância geográfica para acesso aos procedimentos:

Custo dos procedimentos em relação ao poder aquisitivo das famílias

Reclamações dos usuários:

(V). Outras informações relevantes:

APÊNDICE 9: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Prezado(a) Sr(a).

Estamos realizando a pesquisa “Arranjos institucionais no serviço de hemodinâmica nas regiões de saúde norte e noroeste fluminense”, para dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Cândido Mendes (UCAM) – Campos dos Goytacazes/RJ.

Esta pesquisa pretende entender a dinâmica do setor de serviços de hemodinâmica nas regiões Norte e Noroeste Fluminense, cujos resultados contribuam para a compreensão sistematizada da trajetória de difusão e incorporação de tecnologias de diagnóstico por imagem através de equipamentos de por parte dos sujeitos sociais envolvidos com atenção cardíaco-vascular, em especial os gestores públicos, e as esferas do controle social.

Os objetivos específicos são:

- (I). Estudar a partir da Constituição de 1988 a política de assistência a saúde e as atribuições dos vários níveis da federação (Federal, Estadual e Municipal).**
- (II). Identificar a oferta dos prestadores de serviço de hemodinâmica nas regiões norte e noroeste fluminense.**
- (III). Verificar quais os arranjos institucionais entre o setor público e privado na oferta desses serviços (quem recebe e quem direciona esses pacientes).**

(IV). Identificar a demanda dos pacientes necessitados de tratamentos em hemodinâmica nas regiões citadas.

(V). Verificar se os pacientes atendidos por esse serviço se restringe a habitantes dos municípios envolvidos nesse recorte territorial ou num espaço geográfico mais abrangente.

(VI). Verificar a qualidade do serviço oferecido através da adequabilidade do tempo de atendimento do paciente frente ao seu deslocamento, devido a distância dos serviços ofertados.

Estaremos realizando, para cumprir esses objetivos, entrevistas com representantes de instituições do governo municipal, dos prestadores de seguros e serviços de saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema de saúde.

Pedimos sua colaboração respondendo a um conjunto de perguntas. Caso concorde, gravaremos a entrevista. As respostas anotadas serão revisadas por você de modo a refletir fielmente as suas respostas. O Senhor (a) também poderá responder as perguntas por escrito, caso queira. De outra parte, não precisará responder as perguntas caso não queira e interromper a entrevista a qualquer momento.

Nos resultados da pesquisa não será divulgado seu nome, tampouco o nome de sua organização. A divulgação do nome da sua organização somente será feita mediante a sua aprovação. Caso haja gravação da sua entrevista, tão logo seja feita a sua transcrição, o texto será revisado por você. Caso tenha alguma dúvida, poderá estabelecer contato com os pesquisadores no telefone registrado adiante.

Os resultados da pesquisa comporão uma dissertação de mestrado da UCAM e poderão ser publicados em revistas científicas. Tornaremos este relatório acessível tão logo possível de modo que os resultados encontrados possam servir como instrumento de ação no contexto do planejamento estratégico da sua organização.

Atenciosamente

André Luís Almeida Peixoto
Telefones: 22 999-678752
E-mail: andre.peixoto@iff.edu.br

Concordo em participar da entrevista

Em: ____/____/____.

Assinatura

Concordo em divulgar o nome da minha organização, sem abertura dos seus dados específicos.

Sim () Não ()

Em: ____/____/____.

Assinatura