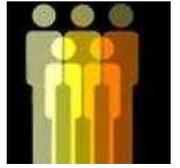




**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**EM SAÚDE COLETIVA - PIPASC**



**A POLÍTICA DE ATENÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE**  
**CARDIOVASCULAR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM HOSPITAIS**  
**DA CIDADE DO RECIFE**

**IZABEL MAIA NOVAES**

**RECIFE**

**Agosto 2008**

**IZABEL MAIA NOVAES**

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE  
CARDIOVASCULAR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM HOSPITAIS  
DA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação de mestrado apresentada por Izabel  
Maia Novaes ao Programa Integrado de Pós-  
graduação em Saúde Coletiva como requisito  
parcial para a obtenção do título de mestre.

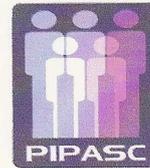
**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Heloisa Maria Mendonça de Moraes**

**RECIFE**

**Agosto de 2008**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E  
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**IZABEL MAIS NOVAES**

No dia 29 de agosto de 2008, às 09:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Heloisa Maria Mendonça de Moraes (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Edgar Guimarães Victor (DO – Departamento de Medicina Clínica – UFPE) – Membro Externo e Luci Praciano Lima (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Izabel Maia Novaes, sobre a sua Dissertação intitulada: **“A Política de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular: um estudo exploratório em hospitais da cidade do Recife”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Heloisa Maria Mendonça de  
Moraes

Aprovada

Prof. Dr. Edgar Guimarães Victor

Aprovada

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luci Praciano Lima

APROVADA

Heloisa Maria Mendonça de Moraes

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. **Heloisa Maria Mendonça de Moraes**

Edgar Guimarães Victor

Prof. Dr. **Edgar Guimarães Victor**

Luci Praciano Lima

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. **Luci Praciano Lima**

## **Agradecimentos**

A Deus, por ter estado comigo em todos os momentos me dando saúde, força e perseverança.

Aos meus pais, pelos ensinamentos morais e espirituais que me fizeram crescer como pessoa e aos meus irmãos, que dividiram comigo este crescimento.

Um especial agradecimento ao meu marido e companheiro, Hildeberto, que me incentivou desde o início e teve uma enorme paciência e compreensão pelos longos momentos de ausência.

À Professora Doutora Heloisa M<sup>a</sup> Mendonça de Moraes, minha Orientadora, pelas críticas construtivas que permitiram o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Professora Doutora Luci Praciano Lima, Coordenadora do Mestrado, pelas sugestões para o aprimoramento da Dissertação e ao Professor Doutor Edgar Guimarães Victor pelo incentivo e estímulo.

Aos Hospitais e Entrevistados pelo acesso às informações, objeto maior desta Dissertação.

Não poderia deixar de agradecer imensamente aqueles que me acolheram de forma tão gentil e carinhosa aqui, na cidade do Recife, como Wanessa Tenório, Mércia Tenório, Ana Paula Melo, Ana Carolina e a minha conterrânea M<sup>a</sup> Conceição (Ceixa).

E por último, minha gratidão a todos que contribuíram direta ou indiretamente pela realização deste trabalho, em especial, a José Moreira-Secretário do PIPASC- pela atenção em todos os momentos.

## **Resumo**

Pesquisa de mestrado que tem como objetivo investigar a capacidade de resposta dos hospitais de alta complexidade cardiovascular, na cidade do Recife-PE, quanto às diretrizes da Política Nacional de Alta Complexidade Cardiovascular no ano de 2007. Trata-se de uma pesquisa exploratória porque aborda um problema específico que foi pouco estudado pela literatura corrente, necessitando de estudos iniciais para estruturar o conhecimento. A coleta de dados compreendeu o uso de entrevistas semi-estruturadas dirigidas a 21 profissionais distribuídos nas respectivas instituições. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, analisando os dados de forma interpretativa. Entre outros resultados, há evidência de problemas relacionados à escassez de recursos humanos e de falta de regulação dos serviços de alta complexidade cardiovascular, os quais constituem barreiras e obstáculos para a implementação desta política. Pode-se afirmar, assim, que os hospitais da cidade do Recife não conseguiram responder de forma satisfatória aos critérios estabelecidos pela Portaria nº. 1.169/GM.

**Palavras chave:** alta complexidade; alta complexidade cardiovascular; assistência cardiovascular.

## **ABSTRACT**

Master research which aims to investigate the capacity of response of high cardiovascular complexity hospitals, in the city of Recife-PE, regarding the orientations of the National Policy of High Cardiovascular Complexity in the year 2007. It is an exploratory research because it talks about a specific issue which has been little studied by current literature, needing initial studies to structure knowledge. The collection of data involved the use of semi-structured interviews addressed to 21 professionals distributed in the respective institutions. A qualitative approach has been used, analyzing the data in an interpretative way. In other results there is evidence of problems related to lack of human resources and the inexistence of regulation in services of high cardiovascular complexity, which represents barriers and obstacles to the implementation of this policy. Therefore it is affirmed that the hospitals in the city of Recife have not managed to respond satisfactorily to the rules established by the Regulation n°. 1.169/GM.

**Key words:** high complexity, high cardiovascular complexity, cardiovascular assistance.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AC</b>	Alta Complexidade
<b>AAC</b>	Atenção de Alta Complexidade
<b>ACCV</b>	Alta Complexidade cardiovascular
<b>ACVAC</b>	Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
<b>APAC</b>	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
<b>CIB-PE</b>	Comissão Intergestores Bipartite Pernambuco
<b>CGSAC</b>	Coordenação Geral dos Serviços de Alta Complexidade
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CRACCV</b>	Centro de Referência de Alta Complexidade Cardiovascular
<b>CRM/MG</b>	Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DCV</b>	Doença Cardiovascular
<b>MAC</b>	Média e Alta Complexidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>PNAC</b>	Política Nacional de Alta Complexidade
<b>PNACVAC</b>	Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
<b>SES/PE</b>	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
<b>SES/RJ</b>	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UAACCV</b>	Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	12
1.1. Delimitação do problema da pesquisa	12
1.2. Justificativa	15
1.3 Objetivos	17
<b>2. Referencial Teórico</b>	18
2.1 Para um entendimento da Atenção em Alta Complexidade	18
2.2 A Política Nacional de Alta Complexidade	21
2.3 A Política Nacional de Alta Complexidade Cardiovascular	24
2.3.1 Financiamento e gastos com a Alta Complexidade	28
2.3.2 Os recursos disponíveis humanos, infra-estruturais e tecnológicos para a implementação da Alta Complexidade.	34
<b>3.Procedimentos Metodológicos</b>	42
3.1 Desenho do estudo	42
3.2 Área de estudo	43
3.2.1 Caracterização dos Sujeitos do Estudo	45
3.3 A coleta dos dados	45
3.4 Análise dos Resultados	47
3.5 Considerações Éticas	48
<b>4. Apresentação e Discussão dos Resultados</b>	49
4.1 Critérios e Categorias	49
4.2 A disponibilidade da força de trabalho	49
4.3 Os instrumentos tecnológicos necessários e disponíveis (equipamentos, materiais médico-hospitalares, contratos de manutenção)	59

4.4 Recursos diagnósticos e terapêuticos	66
4.5 A Produção de Serviços ou o cumprimento das metas propostas	67
<b>5 Considerações finais</b>	73
5.1 Limitações do Estudo	78
5.2 Contribuições para Novos Estudos	78
<b>Referências Bibliográficas</b>	80
<b>APÊNDICE -Roteiro das Entrevistas</b>	83

## **Lista de Figuras**

Figura 1 (2) Gastos Totais com Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Média e Alta Complexidade - Brasil, 1999-2005.	31
Figura 2 (3) Sujeitos entrevistados	45
Figura 3 (4): Critérios para Implementação da PNACVAC	49

## Lista de Quadros

Quadro 1 (2) Critérios e Metas para os Serviços de Assistência em ACCV	27
Quadro 2 (2) Critérios e Metas para as Unidades de Assistência em ACCV	28
Quadro 3 (2)Evolução das Despesas do Ministério da Saúde, 1995 a 2004 - R\$ Milhões - IPCA*	30
Quadro 4 (2): N°. de Internações, valor anual e valor médio (VM) da autorização de internação hospitalar (AIH), por tipo no SUS-BRASIL, em 2003 e 2005	35
Quadro 5 (2) N° de Internações e valor Anual dos Procedimentos de Alta Complexidade no SUS-BRASIL, em 2003 e 2005	36
Quadro 6 (3) Natureza do Prestador e Credenciamento	44
Quadro 7 (3) Entrevistados e Instituições	46
Quadro 8 (3) Resumo do roteiro das entrevistas	47
Quadro 9 (3) Dimensões específicas	48
Quadro 10 (5) Metas alcançadas pelas instituições investigadas no ano de 2007	74
Quadro11 (5) Valores dos Repasses para as instituições pelos Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade executados em dezembro de 2007	74

# **1. Introdução**

---

## **1.1. Delimitação do problema da pesquisa**

Sabe-se que, em todo o mundo, desde o século XIX e particularmente a partir do século passado, um conjunto de mudanças muito significativas vem alterando os padrões das estruturas epidemiológica e demográfica das populações. Nesse cenário de transformações, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) têm se destacado enquanto causa importante de morbidade e mortalidade, incluídas, entre elas, as doenças cardiovasculares. Essas, associadas a outros agravos não-transmissíveis que incluem diabetes, obesidade, câncer, doenças respiratórias, são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais (OPAS, 2003a,p. 07).

O aumento destes agravos não-transmissíveis tem provocado uma maior procura por serviços de saúde, sobretudo das intervenções hospitalares e se constituem em importantes problemas de saúde pública em diversas regiões do mundo. Segundo os especialistas, os países que não estiverem preparados para esta demanda social, concentrarão um número ainda maior de doença e morte pelas denominadas DCNT.

De acordo com a OPAS (2003a, p.53), quando se considera as doenças cardiovasculares (DCV), cerca de 80% dos óbitos no mundo ocorrem em países em desenvolvimento. Além disso, estima-se que nesses países, até 2010, essas doenças representem a principal causa de óbito.

Dentre os 16,6 milhões de óbitos por DCV que ocorrem a cada ano em todo o mundo, 7,2 milhões se devem à doença isquêmica, 5,5 à doença vascular cerebral e 3,0 milhões à hipertensão e outras cardiopatias. (OPAS, 2003a, p. 53).

No Brasil, as DCNT também se destacam nas estatísticas do Ministério da Saúde (MS). A doença coronariana, o derrame cerebral, o enfisema, os cânceres e o diabetes são

responsáveis anualmente por mais de 40% das mortes registradas no país, ao mesmo tempo em que são as principais causas de internação e de óbito. Em 2003, significaram mais de 400 mil mortes, acarretando um custo de cerca de 11 bilhões por ano em consultas, internações e cirurgias, incluindo os transplantes (BRASIL, 2007b).

No caso específico das DCV, são as principais causas de mortalidade no país, com impacto significativo no orçamento do Ministério da Saúde, principalmente na atenção de alta complexidade (ARAÚJO; FERRAZ, 2005).

No Estado de Pernambuco, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias se constituem, também, como as principais causas de óbito. Em relação às primeiras, as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração são responsáveis por 64,5% das mortes por doenças do aparelho circulatório. Cerca de dois terços (2/3) dos óbitos deste grupo estão relacionados à hipertensão arterial, associada a outros fatores de risco, como: o fumo, hábitos alimentares, estilo e condições de vida e as hiperlipemias. (PERNAMBUCO, 2006).

No ano de 2006, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 40.517 internações hospitalares realizadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em Pernambuco, totalizando um gasto da ordem de R\$ 41.678.442,46, ocupando o segundo lugar na ordenação dos diagnósticos que motivaram internações hospitalares (BRASIL, 2006c).

Considerando que a ocorrência das DCV provoca o aumento da demanda por serviços de alta complexidade cardiovascular (ACCV), faz-se necessário que a rede de serviços de saúde esteja estruturada para responder a esta demanda.

A necessidade de organização do atendimento para as DCV, no Brasil, passou a ser prioridade, particularmente, na segunda metade do século XX. Desde então, o MS tem se ocupado com o processo de estruturação deste nível de atenção no SUS. Apesar disto, até 2003, as ações de saúde continuavam fragmentadas, sem acompanhamento integral dos

pacientes e os procedimentos eram realizados de forma selecionada (BRASIL, 2006a). Para o MS, havia o predomínio do setor privado contratado que, por sua vez, se encarregava de formular, na maioria das vezes, as diretrizes e a edição de portarias específicas para a assistência de alta complexidade cardiovascular. Nessas condições, a escolha da clientela passou a ser uma prática comum, principalmente pelo prestador de serviço privado que freqüentemente desrespeitava o preceito da equidade de acesso ao SUS. Da mesma forma, aconteceu com a regulação do fluxo e do acesso, onde a participação do gestor público não era marcante (BRASIL, 2006 b).

O MS considera que a atenção de alta complexidade (AAC), até aquele momento, funcionava de forma isolada, sem articulação com os demais níveis de atenção: o de baixa e média complexidade. (BRASIL, 2006 b).

A partir de 2004, o MS finalmente provê a elaboração de documentos mais importantes para a formulação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACVAC). Através da edição da Portaria GM/MS Nº. 1.169/2004, foram estabelecidos critérios e exigências para os serviços a serem credenciados na condição de unidades que irão implementar essa política. Os serviços credenciados em ACCV devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada para o diagnóstico definitivo e tratamento das doenças mais prevalentes. A Portaria determina ainda que a estruturação da rede de ACCV deva funcionar em dois níveis de complexidade: as Unidades de Assistência e os Centros de Referência.

Com a edição desta Portaria as unidades prestadoras de serviços em ACVAC para o SUS devem ter real e forte integração com o Sistema de Saúde no âmbito de gestão a que estão subordinadas. Estão também sujeitas a mecanismos de avaliação, de controle e regulação (BRASIL, 2006 a).

O MS acredita que o cumprimento, por parte dos gestores e dos prestadores, dos requisitos constantes nesta portaria levará, necessariamente, a uma nova conformação do atendimento, possibilitando e facilitando o alcance da integralidade e equidade do acesso e da atenção à ACCV (BRASIL, 2006 c).

No Estado de Pernambuco, a rede de atenção de ACCV foi estabelecida em 24 de agosto de 2005 pela Resolução da Comissão Inter-Gestores Bipartite/PE (CIB/PE) Nº. 941. A partir dessa Resolução, ficou determinado que os serviços de ACCV fossem realizados nas três macrorregiões de saúde conformadas pelos seguintes municípios: Recife, Caruaru e Petrolina. Segundo a SES/PE, nestas macrorregiões há uma maior concentração da capacidade instalada, aí incluídos o atendimento ambulatorial e a internação, assim como a de usuários/população do Estado.

Vale salientar que dos 56 serviços cardiovasculares existentes em Pernambuco, 36 estão concentrados na cidade do Recife.

É, pois, no âmbito da temática da alta complexidade na atenção cardiovascular que se desenvolverá esta investigação. Diante do anteriormente exposto, considera-se importante inquirir mais detalhadamente acerca das condições sob as quais vem se realizando a prestação de serviços em ACCV na cidade do Recife. Desse modo, a pergunta que orientará o desenvolvimento do trabalho está assim formulada: qual a capacidade de resposta dos hospitais credenciados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), na cidade do Recife, para a realização da atenção de ACCV consoante as diretrizes da PNACVAC?

## **1.2 Justificativa**

Algumas razões justificam a realização desta pesquisa. A primeira delas, irrefutável, é a magnitude crescente das DCV no quadro de morbi-mortalidade do país e a decorrência imediata desta condição, que é o expressivo aumento da demanda por serviços de alta

complexidade para esses agravos. Conforme visto no item anterior, são recentes a priorização e os investimentos, por parte do MS, para responder a essa demanda.

Por outro lado, são escassos os trabalhos de pesquisa publicados sobre a Política de Alta Complexidade e raríssimos os que se detêm sobre as políticas específicas, incluída a política de atenção cardiovascular. Esse vazio é atestado por Vianna et al (2005) ao ressaltarem que, só recentemente, o MS publicou estatísticas mais completas e atuais, desagregadas pelos Estados brasileiros, sobre acesso (produção) e gasto com procedimentos e uso de serviços de AC. Essa condição fica muito clara quando se compara esta específica produção científica com o investimento dos pesquisadores, e, obviamente, das fontes de financiamento, sobre os inúmeros problemas concernentes à atenção básica.

Não menos significativa é a motivação decorrente do fato de que esta pesquisa pretende dar continuidade a um trabalho anteriormente desenvolvido por Santa Cruz (2007), no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE. A autora fez uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo da organização da rede de atenção à saúde para ACCV em Pernambuco no ano de 2005, quando investigou a descentralização da rede de ACCV e o acesso da população aos serviços.

Considerando que a ACCV foi uma das primeiras políticas a ser implantada em Pernambuco desde a formulação da política de AC pelo MS, considerando, ainda, que a mesma vem se desenvolvendo em vários estabelecimentos hospitalares da cidade do Recife, esta pesquisa buscará elementos que permitam analisar as condições sob as quais vem se desenvolvendo a ACCV nos serviços credenciados.

No esforço de ampliar os resultados obtidos por Santa Cruz (2007) - que trabalhou a partir de documentos e de dados estatísticos dos serviços de atenção em ACCV do Estado - a proposta desta investigação é explorar como se desenvolvem as ações de AC na atenção cardiovascular nos estabelecimentos credenciados.

A idéia é a partir do conceito de “recursos” (OPAS, 2004a), enquanto materialização da capacidade instalada dos serviços, apreender o entendimento dos gestores, coordenadores e técnicos dos estabelecimentos a respeito da produção das ações em ACCV. Nesse sentido, os “recursos” serão explorados em distintas dimensões: recursos infra-estruturais, humanos e tecnológicos, tal como bem definido pelo Ministério da Saúde (PORTARIA Nº. 1169/GM, 2004).

A expectativa é que este trabalho possa disponibilizar uma visão específica do problema da alta complexidade e que os resultados apresentados possam ser úteis à avaliação da política de saúde em atenção cardiovascular no Estado de Pernambuco.

### **1.3 Objetivos**

#### **Geral:**

- Pesquisar a capacidade de resposta da rede de serviços da cidade do Recife para a implementação da assistência em “alta complexidade cardiovascular”.

#### **Específicos:**

- Investigar os recursos disponíveis nos hospitais credenciados para a formulação da política de alta complexidade em atenção cardiovascular, no que diz respeito:
  - 1- à disponibilidade da força de trabalho;
  - 2- aos instrumentos tecnológicos necessários (equipamentos, materiais médico-hospitalares, contratos de manutenção);
  - 3- aos recursos diagnósticos e terapêuticos;
  - 4- à produção dos serviços.

## **2. Referencial teórico**

---

### **2.1 Para um entendimento da Atenção em Alta Complexidade**

Esta parece não ser uma questão conceitualmente resolvida. Alguns questionamentos importantes acerca do que realmente significa alta complexidade são encontrados na literatura e serão aqui apresentados. Afinal, o que seria mesmo “alta complexidade” na assistência médico-hospitalar? Tratar-se-ia de ações que envolvem somente alta tecnologia e alto custo? A tecnologia utilizada seria apenas a de equipamentos? Quando pensamos em “alta complexidade” devemos mesmo associá-la a uma atenção que dispõe somente da tecnologia de equipamentos?

Para o MS, a “Alta Complexidade” (AC) compreende um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006 a).

Já para o IBGE (2006, p.20), os serviços de AC são os que exigem ambiente para internação com uso de tecnologia avançada e pessoal especializado para sua realização, como no caso de transplantes, cirurgias cardíacas, assistência a queimados, a pessoas portadoras de AIDS, a pessoas com próteses de bacia e cabeça de fêmur, etc.

Vianna et al (2005), contudo, chama a atenção para os conceitos fundados na tecnologia de equipamentos no sentido de que o conceito de AC é dinâmico no tempo, pois, equipamentos caracterizados no passado como tecnologia de ponta, hoje, já não são mais considerados como tal e o avanço tecnológico faz surgir a cada momento um outro equipamento que passa a ser considerado mais moderno, mais sofisticado. O mesmo autor discorda do conceito definido pelo IBGE ao afirmar que nem sempre os procedimentos de alta complexidade requerem ambiente de internação hospitalar podendo ser realizados até mesmo em nível de ambulatório como, por exemplo, o transplante de córnea. Outra

observação feita pelo autor é em relação à dificuldade de compreensão do público em geral a respeito dos procedimentos de AC e dos respectivos dados emitidos pelo MS. Da forma como são expostos, somente os técnicos da área conseguiriam compreendê-los.

Em documento da SES/RJ encontra-se, também, algumas considerações interessantes. Nele, a atenção de saúde de “alta complexidade” é considerada como sendo aquela na qual são utilizados procedimentos realizados em serviços de saúde que utilizam recursos ou procedimentos ditos de “alta tecnologia” e em geral de elevados custos e prestados em ambientes hospitalares. Por serem considerados de “alta tecnologia”, grandes esperanças são depositadas na eficácia e eficiência desses serviços e investe-se cada vez mais recursos financeiros na expansão da oferta dos mesmos, visando reduzir a morbi-mortalidade. O grupo técnico sugere a mudança dos termos “alta complexidade” e “alta tecnologia” de forma que estes termos estejam relacionados a outras técnicas de grande importância utilizadas pelos profissionais no diagnóstico clínico que são: a anamnese, o exame físico e partes da consulta clínica. (FONSECA et al, 2006).

Outros autores falam a partir de uma perspectiva de análise muito interessante ao tentarem aprofundar o significado do termo “alta tecnologia”. Para Gonçalves (1994), associar AC com “tecnologia equipamentos” tal como aparece nos conceitos do Ministério da Saúde e do IBGE, equivaleria a uma visão reducionista da questão. Isto porque, o termo tecnologia é sempre empregado subordinadamente à idéia de desenvolvimento tecnológico. Este, por sua vez, estaria sempre vinculado à idéia de eficiência e eficácia o que parece ser uma justificativa para a “poupança de trabalho” (força de trabalho) que a incorporação da tecnologia pode acarretar.

Para Merhy (2002), o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas

configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.

Tanto Gonçalves (1994), quanto Merhy (2002) consideram que existem além das máquinas, dos equipamentos, outras tecnologias representadas pela figura do profissional e de seus conhecimentos, como também pelas relações que se estabelecem nos ambientes de trabalho. É assim que Merhy em seus trabalhos, a partir dos anos 2000, afirma que existem três tipos de tecnologias envolvidas nos processos de trabalho: a tecnologia dura, representada pelos equipamentos, a tecnologia leve-dura que seria a aplicação dos conhecimentos adquiridos pelo profissional para operacionalização da máquina (junção dos saberes do profissional e os seus objetos de trabalho como, por exemplo, o estetoscópio) e a tecnologia leve (seria a relação entre o profissional e o paciente).

A partir de uma análise recente da tabela de procedimentos pagos pelo SUS percebe-se que a lógica de pagamento para os procedimentos de alta densidade tecnológica permanece com as mesmas prioridades, ou seja, maior valoração dos procedimentos que envolvem a tecnologia dura (equipamentos) enquanto o valor da consulta profissional continua sendo inferior.

No que se refere à discussão quanto à valoração, é aceito que o trabalho humano necessário à produção de atos de média e alta complexidade é igualmente valorado, como explicar, então, que quando do uso de tecnologia equipamentos, imediatamente, tenha seu valor reduzido? É o caso, por exemplo, da consulta médica especializada que é paga pela irrisória quantia de R\$ 10,00 que se vale, via de regra, de um arsenal tecnológico simples (tensiômetro, estetoscópio, oftalmoscópio, eletrocardiógrafo), mas que impõe, em inúmeras circunstâncias, um saber e uma experiência acumulados em anos de estudo, investigação e trabalho.

Nesse caso, considerando o pensamento de Merhy quanto às tecnologias leve-dura e leve, fica clara a desvalorização dos conhecimentos adquiridos pelo profissional e que são aplicados durante a consulta, onde muitas vezes através de uma boa anamnese, da história clínica do paciente se consegue fechar um diagnóstico. Não que a tecnologia dura seja dispensável, ao contrário, pode servir como recurso importante para um diagnóstico mais preciso. Porém, essa valorização extrema que se tem conferido aos procedimentos que envolvem a tecnologia dos equipamentos deve ser melhor avaliada uma vez que o trabalho vivo em ato tem a sua importância.

Merhy (2002, p.50) concorda que há uma combinação de trabalho vivo (os saberes do profissional, a sua experiência, a sua força de trabalho) e o morto (equipamentos) simultaneamente. Dessa forma, o termo tecnologia não mais teria um significado reducionista e sim ampliado, ficando claro que as máquinas-ferramentas são expressões tecnológicas duras das tecnologias-saberes (leve-duras) e, como equipamentos tecnológicos, não têm razão (instrumental) por si, pois quem as torna portadoras dessa intencionalidade racional-instrumental é o trabalho vivo em ato com seu modo tecnológico (seu modelo de produção) de agir e como expressão de certas relações sociais e não outras.

## **2.2. A Política Nacional de Alta Complexidade**

A base material que suporta o desenvolvimento da PNAC é constituída, maiormente por estabelecimentos hospitalares, os quais se apresentam como a organização mais complexa participante da prestação deste atendimento. Na América Latina, este tipo de atenção é responsável pelo maior gasto dos serviços de saúde, cerca de dois terços do orçamento, e atende apenas entre 10% e 20% da população (OPAS, 2004a, p.71).

No Brasil, o sistema não foi organizado e estruturado para acompanhar as mudanças epidemiológicas que ocorreram nas últimas décadas. Esta atenção se manteve por muito tempo determinada pela oferta de serviços e a estimativa de supostas necessidades.

A falta de estrutura e organização desta atenção levou a que os sistemas de prestação de serviços na AC fossem caracterizados como um sistema segmentado e com grandes desigualdades quanto a sua cobertura e qualidade. Simultaneamente, diversas instâncias de organização dos potenciais usuários do sistema passaram a vocalizar suas demandas nessa direção.

Diante desta realidade, se fazia premente uma mudança na organização do modelo de atenção de AC no país. A partir da estruturação do SUS, o MS passou a investir na formulação e, a seguir, na implantação, de uma política nacional para a alta complexidade (PNAC).

Esta definição foi realizada em abril de 2004 quando o MS começou a publicar portarias para áreas especializadas da AC. Inicialmente foram publicadas três portarias visando reestruturar a prestação de serviços das áreas de traumato-ortopedia, cardiovascular e para a doença renal crônica. A previsão era de que até o final de 2004 houvesse a expansão para outras áreas, como neurocirurgia, gastroplastia e atenção otorrinolaringológica.

Outras áreas de atenção vêm sendo progressivamente incorporadas à política de alta complexidade, como, por exemplo, as áreas de oncologia, saúde auditiva, queimados, obesidade mórbida, terapia nutricional e reprodução humana assistida.

A PNAC foi editada com normas mais claras e rígidas para os prestadores de saúde tendo como pressupostos para este modelo: o estímulo a mecanismos de acolhimento do paciente; a promoção da equidade do acesso aos serviços, principalmente nas regiões do país com baixa concentração de serviços; o aprimoramento do controle e da avaliação como processos de gestão da garantia da qualidade do atendimento; a participação da comunidade e

a capacitação de recursos humanos envolvidos com assistência e com o controle e avaliação (BRASIL, 2004a).

Segundo a Coordenação Geral de AC do MS, com esse modelo de atenção, se objetiva organizar a assistência aos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, visando a melhoria do acesso, bem como garantir a assistência nos vários níveis de complexidade através de equipes multiprofissionais, com a utilização de técnica e métodos terapêuticos específicos.

O modelo também objetiva a adesão à Política de Humanização do SUS bem como a organização de linha de cuidados envolvendo os níveis de atenção e de assistência de modo a promover a inversão do modelo de atenção. A implementação do modelo de atenção na AC é feita através da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais compostas por: Unidades de Assistência em AC e Centros de Referência em AC.

As Unidades de Assistência em AC devem ser compostas por uma unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada. Já o Centro de Referência em AC deve ser uma Unidade de Assistência de AC que exerça o papel auxiliar de caráter técnico ao gestor nas políticas de atenção às patologias e que requer os seguintes atributos: a – ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação em conformidade com a Portaria nº. 1.000; b - possuir forte articulação e integração com o sistema local e regional; c - ter estrutura de pesquisa e ensino organizada com programas e protocolos estabelecidos; d - ter uma adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; e - subsidiar as ações dos gestores no controle, regulação e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; f - subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento na área específica. (BRASIL, 2004a).

A PNAC igualmente é responsável pela criação de Câmaras Técnicas compostas por representantes do MS, CONASS, CONASEMS, Sociedades Científicas afins e usuários com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da política de AC.

### **2.3 A Política Nacional de Alta Complexidade Cardiovascular**

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACVAC) foi instituída através da Portaria Ministerial Nº. 1.169 /GM em 14 de junho de 2004. Para justificar a implantação dessa Portaria o MS levou em consideração algumas necessidades como:

- Garantir o atendimento integral aos portadores de patologias cardiovasculares no SUS;
- Organizar a assistência aos referidos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde;
- Assegurar a esses pacientes a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando técnicas e métodos terapêuticos específicos;
- Estruturar as Redes Estaduais e/ou Regionais de ACCV, bem como determinar o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;
- Atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo;
- Aperfeiçoar o sistema de informação, referente à assistência Cardiovascular;
- Estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada a esses pacientes.

Em se tratando da organização do sistema de AC, cabe ao MS a responsabilidade de definir, normatizar, coordenar, avaliar e viabilizar a cooperação técnica, em âmbito nacional, para a assistência de alta complexidade, além de realizar estudos de incorporação de tecnologias os quais, por vezes, são desenvolvidos em unidades vinculadas ao SUS (SOUZA, 2004).

Quanto à organização normativa da atenção cardiovascular teve início na década de 90, quando o MS passou a estabelecer normas assistenciais para o credenciamento dos serviços nesse tipo de atenção. A partir de então, surgiram as tipologias de unidades com complexidade para atenção de alta complexidade cardiovascular como os Centros de Referência tipo I e II. (SANTA CRUZ, 2007).

É através da Coordenação Geral dos Serviços de Alta Complexidade (CGSAC) do Ministério da Saúde que os serviços são normatizados. De acordo com Souza (2004), a operacionalização do sistema objetiva ofertar a população uma assistência organizada e resolutiva. Além de normatizar, realiza o credenciamento de todas as unidades de saúde, para realização dos procedimentos ditos de AC.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007) os critérios que devem ser seguidos para escolha dos serviços de AC são:

- população a ser atendida;
- necessidade de cobertura assistencial;
- mecanismos de acesso com fluxos de referência e contra-referência;
- capacidade técnica operacional dos serviços (de acordo com as normas técnicas específicas, se houverem);
- série histórica de atendimentos realizados e identificação da demanda reprimida;

- integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares que compõem a rede de assistência;
- a disponibilidade de financiamento.

Conforme determinação do CONASS (2007), o credenciamento e a habilitação dos serviços de saúde, são feitos após uma avaliação onde se verificará se foram obedecidas as normas definidas pelo SUS. É a partir desta verificação que se obtém o levantamento de todas as condições de funcionamento do estabelecimento, com vistas à qualidade e à adequação dos serviços que estão sendo contratados/ conveniados. Esse processo ficará sob a responsabilidade e a guarda do gestor do SUS, estando disponível para o Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

Pela Portaria Nº.1.169, a assistência a pacientes portadores de patologias cardiovasculares requer uma estrutura hospitalar de alta complexidade, com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

De acordo com o documento, as unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular deverão prestar atendimento nas sub-especialidades abaixo descritas:

- I. Cirurgia Cardiovascular;
- II. Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
- III. Cirurgia Vascular;
- IV. Cardiologia Intervencionista;
- V. Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;
- VI. Laboratório de Eletrofisiologia.

Para o credenciamento dos hospitais em serviços de AC é necessário que os mesmos obedeçam aos critérios estabelecidos pelas portarias emitidas pela CGSAC referentes à estrutura física, recursos humanos especializados e equipamentos disponíveis.

Os Centros de Referência em ACCV serão indicados pelos Gestores Estaduais em gestão plena, de forma conjunta, após aprovação e homologação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e habilitados pela Coordenação Geral de Alta Complexidade. Como condição para ser credenciado como Centro de Referência, cada estabelecimento deve oferecer um número mínimo de quatro das sub-especialidades acima referidas. O credenciamento como Unidade de Assistência, requer a oferta mínima de uma dessas sub-especialidades.

Afora os requerimentos já expostos, a Portaria é bastante detalhada quanto a um conjunto de critérios que devem atestar as condições consideradas de bio-segurança nas quais as intervenções serão efetuadas. Nos instrumentos de coleta de dados desta pesquisa, tais condições irão aparecer enquanto a materialidade da disponibilidade ou não do que denominamos os “recursos” necessários e suficientes para o funcionamento dos serviços credenciados.

Para ilustrar encontram-se abaixo os quadros 1 e 2 sínteses dos critérios e metas estabelecidos.

<b>Assistência /Sub-especialidades</b>	<b>Produção de Serviços</b>
Alta Complexidade em cirurgia cardiovascular	15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS
Alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica	10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS
Alta complexidade em cardiologia intervencionista	10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS
Alta complexidade em cirurgia vascular	15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS
Alta complexidade em cirurgia endovascular extra- cardíaca	10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS
Alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia	60 (sessenta) procedimentos anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS.

Quadro 1 - Critérios e Metas para os Serviços de Assistência em ACCV  
Fonte: DATASUS/CNES/MS.

Unidade de Assistência /Sub-especialidades	Produção de Serviços
Alta Complexidade em cirurgia cardiovascular	20 (vinte) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS
Alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica	20 (vinte) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do SUS

Quadro 2 - Critérios e Metas para as Unidades de Assistência em ACCV  
Fonte: DATASUS/CNES/MS.

### 2.3.1 Financiamento e gastos com a alta complexidade

São coincidentes as opiniões de Vianna et al (2005) e Carvalho (2007a) quanto aos gastos com a Alta Complexidade. Vianna considera que há uma tendência universal de aumento da demanda por serviços de alta densidade tecnológica, o que tem levado a um considerável aumento dos custos e que são atribuídos a alguns fatores entre os quais se destacam: **1- aumento da população e da longevidade.** A população brasileira mais do que dobrará até 2020. Estima-se, por exemplo, que indivíduos acima de 65 anos, os quais em 1991 representavam 4,8% do total da população alcançarão um contingente de mais de dez milhões, representando um aumento de 111%. Esse fato levará conseqüentemente a uma crescente busca por assistência médica principalmente no setor de internação o que acarretará um tempo médio maior de hospitalização entre os idosos, exigindo ao mesmo tempo uma maior complexidade no atendimento. **2- crescente complexidade tecnológica** - a incorporação de novas tecnologias, no campo da saúde envolve um crescente aporte de recursos humanos especializados associados ao emprego de equipamentos, medicamentos e outros insumos de ponta. **3 - papel reduzido do mercado** – têm sido elevados os gastos pelo setor público no que se refere a alguns serviços e ou procedimentos altamente especializados, no que pese, em valores absolutos o gasto privado seja superior ao público. A este ainda são devidos os altos custos relativos a casos de transplantes como os de fígado e o de coração, os relacionados aos medicamentos excepcionais e de uso ambulatorial. **4 - aumento do grau de consciência de**

**cidadania** – a consciência cidadã tem tornado a população cada vez mais consciente dos seus direitos, entre eles os de acesso à atenção integral à saúde.

Carvalho (2007a) ao estudar o financiamento da assistência médico hospitalar no Brasil analisa os custos relacionados ao tema da AC e, da mesma forma que Vianna (2005), concorda com a abordagem feita sobre o “papel reduzido do mercado” no que se refere ao aumento dos gastos com medicamentos de dispensação excepcional e da pressão da classe média por atendimentos especializados na atenção de AC.

Para Mendes (1996, p.19), a questão fica melhor explicada pelo desenvolvimento do conceito das “forças expansivas dos custos em saúde”. Para o autor, a crise tem uma determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar, nos marcos da prática sanitária hegemônica, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle.

No Brasil, as forças que impulsionam a expansão dos custos do sistema de saúde são: a urbanização, a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicalização societal, a incorporação tecnológica, o incremento da força de trabalho e o corporativismo empresarial e profissional (MENDES, 1996).

A participação dos recursos da AC vem crescendo - de 21,5% do total em 1999 para 41% em 2005 - em relação aqueles dispendidos com os outros níveis da assistência (baixa e média complexidade). O incremento também ocorreu com os gastos exclusivamente hospitalares que, no mesmo período, variaram de 13% para 22,4%. Segundo Carvalho (2007a), esses dados são referendados em documento do CRM/MG ao afirmar que “há algumas décadas, os gastos com transplantes, hemodiálises, tratamento com prematuros e outros de grande complexidade não faziam parte da rotina da vida de pacientes nem das planilhas de gastos do setor como se vê hoje”. A autora destaca o aumento de 479% para medicamentos de dispensação em caráter excepcional, conforme quadro 3, em valores

corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2004, tendo aumentado sua participação no gasto total com medicamentos (excepcionais, estratégicos e farmácia básica) de 14% em 1995 para 34% em 2004.

Tipo de Gasto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>1) Média e Alta Complexidade - MAC</b>	<b>11.819</b>	<b>11.797</b>	<b>13.685</b>	<b>12.501</b>	<b>13.568</b>	<b>14.447</b>	<b>15.017</b>	<b>14.358</b>	<b>14.817</b>	<b>15.807</b>
- Serviços Produzidos (AIH/SIA)	10.583	9.159	9.509	6.901	8.271	6.304	5.631	6.104	5.870	1.290
- Fundo a Fundo	1.236	2.638	4.178	5.598	5.296	8.142	9.386	8.254	8.947	14.517
Gestão Plena (ou Semiplena)	1.093	2.515	3.892	5.329	5.011	7.632	8.792	7.714	8.392	13.691
Medicamentos Excepcionais (1)	143	123	286	271	285	512	596	539	555	826
<b>2) Atenção Básica</b>	<b>2.557</b>	<b>2.277</b>	<b>3.035</b>	<b>3.662</b>	<b>3.943</b>	<b>4.382</b>	<b>4.894</b>	<b>4.972</b>	<b>5.122</b>	<b>5.997</b>
- PAB Fixo	2.152	2.017	2.358	2.833	2.683	2.460	2.369	2.192	2.036	2.094
- PAB Variável	405	260	677	829	1.259	1.922	2.525	2.780	3.086	3.903
Epidemiologia e Contr.de Doenças	-	-	202	204	281	482	708	649	662	641
Farmácia Básica	-	-	-	74	187	234	222	195	190	186
Ações Básicas										
Vigilância Sanitária	6	9	35	82	91	56	87	88	93	83
PACS / PSF	152	195	269	372	489	935	1.282	1.550	1.747	2.163
Bolsa Família, Alimentação e Comb. Carências Nutricionais	249	56	171	97	211	217	225	299	394	830
<b>3) Medicamentos Estratégicos (2)</b>	<b>875</b>	<b>407</b>	<b>953</b>	<b>864</b>	<b>1.262</b>	<b>1.178</b>	<b>1.136</b>	<b>1.349</b>	<b>1.275</b>	<b>1.418</b>
<b>4) Saneamento Básico</b>	<b>125</b>	<b>60</b>	<b>152</b>	<b>235</b>	<b>304</b>	<b>227</b>	<b>1.587</b>	<b>670</b>	<b>109</b>	<b>471</b>
<b>5) Emendas Parlamentares</b>	<b>0</b>	<b>123</b>	<b>341</b>	<b>408</b>	<b>535</b>	<b>546</b>	<b>823</b>	<b>516</b>	<b>548</b>	<b>753</b>
<b>6) Demais Ações OCK</b>	<b>3.530</b>	<b>3.011</b>	<b>3.602</b>	<b>3.710</b>	<b>4.327</b>	<b>4.473</b>	<b>2.808</b>	<b>3.728</b>	<b>3.790</b>	<b>4.447</b>
<b>7) Pessoal Ativo</b>	<b>4.726</b>	<b>4.160</b>	<b>4.092</b>	<b>3.702</b>	<b>3.777</b>	<b>3.749</b>	<b>3.478</b>	<b>3.498</b>	<b>3.590</b>	<b>3.810</b>
<b>Ações e Serviços de Saúde – Total</b>	<b>23.632</b>	<b>21.835</b>	<b>25.861</b>	<b>25.082</b>	<b>27.715</b>	<b>29.001</b>	<b>29.743</b>	<b>29.091</b>	<b>29.249</b>	<b>32.703</b>

Quadro 3 - Evolução das Despesas do Ministério da Saúde, 1995 a 2004 - R\$ Milhões - IPCA\*.  
 Fonte: Departamento de Economia da Saúde/ SCTIE/MS, cálculo de deflação pelo - IPCA realizado pelo IPEA.

(1) Inclui os relacionados a procedimentos de alta complexidade / custo, como transplantes e câncer, p.ex.; (2) inclui os relacionados à hanseníase, TB e AIDS, entre outros.

\* Extraído de Carvalho-Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

Outro fato que deve ser ressaltado na análise de Carvalho (2007a) é quanto ao perfil de gastos totais com procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Média e Alta Complexidade (MAC) onde chama a atenção para a distribuição percentual dos mesmos nos últimos dez anos. Assim, em 1995 a assistência hospitalar de média e alta complexidade respondia por 65,42% destes gastos, enquanto em 2005 este percentual caiu para 43,83% conforme observado na figura 1.

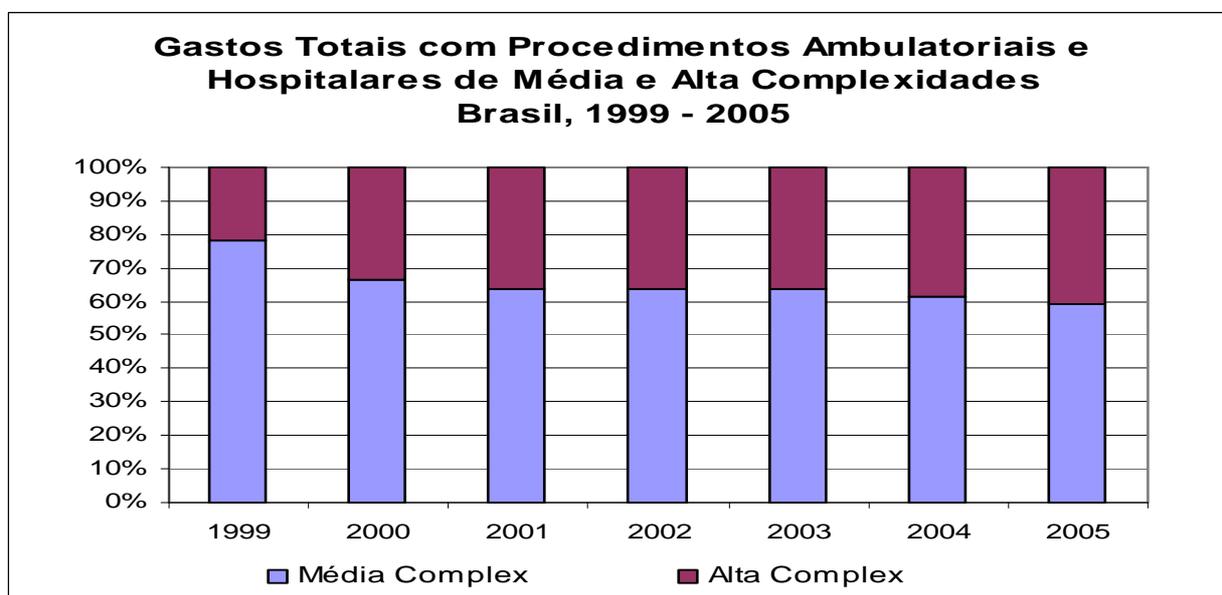


Figura 1 - Gastos Totais com Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Média e Alta Complexidade - Brasil, 1999-2005

Fonte: Carvalho-Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2007.

As causas atribuídas a esta queda se relacionam às políticas implementadas, dada a própria evolução de novas tecnologias e com a substituição da hospitalização pela atenção ambulatorial associados em grande parte à redução de danos face à priorização e ao aumento de cobertura da atenção básica e às ações preventivas.

Ainda que, nas três últimas décadas, tenha se consolidado no Brasil um subsistema privado de assistência à saúde - por muitos denominado de Sistema Suplementar – sabe-se que a cobertura do setor público para procedimentos de alta complexidade vem se ampliando, inclusive para o grupo da população brasileira compradora de assistência nessa rede privada.

É sabido que seguros e planos de saúde oferecem uma variedade de cobertura que reproduz bem a desigualdade social do país. Assim, muitos cidadãos que compram o bem saúde no mercado, retornam ao SUS quando necessitam de assistência de alta complexidade a qual, em muitas circunstâncias, não está assegurada por seus planos ou seguros.

Magalhães (2005) considera que o SUS opera quase de forma mágica, atuando da vacinação ao transplante. “Com tanto custo e pouco investimento, o sistema não consegue remunerar adequadamente o prestador de serviço e nunca sobra verba para melhoria estrutural”. Na mesma linha de raciocínio Vianna et al (2005) enfatiza que no Brasil, como é notório, a classe média e, mesmo os segmentos mais afluentes procuraram outras soluções para suas necessidades de atenção à saúde. Isso ocorre quando, por exemplo, uma cesta de consumo eclética, onde o SUS é usado nas duas pontas da oferta: na mais simples, barata e acessível, como os serviços de vacinação, e na mais cara e tecnologicamente sofisticada, onde o acesso ao setor privado é muitas vezes inacessível em razão de seus preços.

A Portaria Ministerial N° 698/GM de 30 de março de 2006 define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Os recursos federais que são destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento para Atenção de Média e Alta Complexidade. A destinação dos recursos federais para o custeio das ações e serviços de saúde será transferida a Estados, Distrito Federal e Municípios, de forma automática, fundo a fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco. (BRASIL, 2007).

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC e o Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC. (BRASIL, 2006).

Em 2006, com a divulgação pelo Ministério da Saúde do Pacto pela Saúde, (Portaria Ministerial nº. 698), foram firmados compromissos entre os gestores das três esferas do sistema no tocante à vida, à defesa do SUS e à gestão.

Uma das principais inovações determinadas pelo Pacto de Gestão é em relação ao financiamento das ações de saúde. A transferência, fundo a fundo, de recursos federais para estados e municípios passa a ser estruturada em cinco blocos: atenção à saúde, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. É o fim das mais de cento e trinta (130) formas de repasse de recursos do governo federal, o que vai permitir aos gestores planejar melhor as ações de saúde. (CONASS, 2007).

Um dos grandes problemas do financiamento federal da saúde, na opinião de Carvalho apud Machado (2007) é que o sistema de pagamento existente encontra-se vinculado e tutelado, muito próximo do pagamento por produção, formando as até 130 caixinhas de financiamento, muitas ainda existentes.

Ao tempo em que o Ministério da Saúde criou o Pacto pela Saúde, abrindo melhores perspectivas para que os gestores pudessem melhor gerir os recursos destinados aos vários segmentos de atenção à saúde, Machado (2007) aponta uma posição antagônica do próprio Governo ao anunciar significativos cortes. Assim de uma previsão inicial orçada em 46,2 bilhões (não incluídos o contingenciado, isto é, o dinheiro de verdade que sobra para os Ministérios após os cortes impostos pela equipe econômica), o Ministério do Planejamento determinou um corte de 5,7 bilhões no orçamento do MS, autorizando um gasto de apenas 34,8 bilhões o que foi inferior aos gastos empenhados no ano anterior (35,4 bilhões).

### **2.3.2 Os recursos disponíveis humanos, infra-estruturais e tecnológicos para a implementação da alta complexidade**

Tão relevante como a discussão sobre o tema financiamento da alta complexidade é a análise dos fatores relacionados ao tema “recursos em saúde”.

No campo da saúde, os “recursos” representam meios necessários à resolução dos problemas da população e sua concepção na rede de assistência hospitalar envolve, simultaneamente, os recursos infra-estruturais, humanos e tecnológicos.

O MS, em uma publicação sobre a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, analisou a situação atual da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e identificou problemas da rede hospitalar relacionados a alguns aspectos de infra-estrutura, ou seja, à capacidade instalada em termos do número de unidades existentes, segundo tipo e entidade mantenedora, bem como a sua distribuição territorial nas diversas macrorregiões, Estados e municípios do país.

Nessa publicação ressalta como primeiro problema da atenção hospitalar no SUS a insuficiência relativa e má distribuição dos leitos em algumas macrorregiões (Sudeste e Sul), em Estados (SP e RJ) e, no plano geral, nos municípios com mais de 100 mil habitantes (BRASIL, 2004, p.16).

Em março de 2005, 77% dos leitos hospitalares registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES estavam disponibilizados à população, por meio do sistema público de saúde; cerca de 63% dos leitos estavam em estabelecimentos privados. Nas regiões Norte e Nordeste, a rede pública tem presença mais significativa, respondendo por 53% e 35%, respectivamente, dos leitos disponíveis. (OPAS, 2005).

Atualmente, existem no país 503.699 leitos, apresentando a seguinte distribuição: 371.773 vinculados ao SUS, através de convênios quer sejam públicos ou privados e 131.926 exclusivamente privados, distribuídos em hospitais e clínicas (IBGE, 2006).

O CONASS (2007), afirma que em relação às internações houve um crescimento dos valores gastos no sistema, que passou de R\$ 5,86 bilhões em 2003 para R\$ 6,96 bilhões em 2005 (18,7% de aumento).

Como o número de internações não cresceu no Brasil entre 2003 e 2005 (exceto para a especialidade cirúrgica e, mesmo assim, em pequena quantidade, cerca de 100 mil a mais nos três anos), nota-se que o crescimento das despesas se deu em função do crescimento do valor médio das internações, 21% no mesmo período, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares. (CONASS, 2007).

O quadro 4 mostra o número de internações que ocorreu no Brasil no período de 2003 a 2005.

Tipos de internação	Internações SUS 2003			Internações SUS 2005			Var%Gasto 03-05
	Nº(mil) R\$)	Valor (milhão R\$)	VM AIH (R\$)	Nº (mil) (milhão R\$)	Valor (milhão R\$)	VM AIH (R\$)	
<b>Clínica médica</b>	3.973,7	1.324,5	333,2	3.809,3	1.576,3	413,6	24,1
<b>Clínica cirúrgica</b>	2.941,2	2.512,6	854,3	3.040,3	2.997,0	958,8	15,4
<b>Obstetrícia</b>	2.630,9	740,1	281,3	2.614,0	953,3	364,7	29,6
<b>Pediatria</b>	1.716,4	654,8	381,5	1.628,6	796,6	489,1	28,2
<b>Todas as demais</b>	375,9	629,6	757,5	336,9	633,5	822,2	9,0
<b>Total</b>	11.638,2	5.861,7	484,6	11.429,1	6.956,8	586,5	21,0

Quadro 4: Nº. de Internações, valor anual e valor médio (VM) da autorização de internação hospitalar (AIH), por tipo no SUS-BRASIL, em 2003 e 2005

Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS

\*Extraído do CONASS, 2007.

Segundo o CONASS (2007), embora o total de internações no Brasil, entre 2003 e 2005, não tenha aumentado, houve ampliação de 10% no número de internações de alta complexidade e de 18% nos valores pagos por internação. Ver quadro 5.

Procedimentos de Alta Complexidade	2003		2005		Var%Gasto 03-05
	Nº Valor milhões)	(mil) (R\$)	Nº (mil)	Valor (R\$ milhões)	
<b>Cardiologia</b>	95 603,5		117,5	718,6	19,1
<b>Neurucirurgia</b>	126,2 201,5		128,1	223,1	10,7
<b>Cirurgia Oncológica</b>	67,4 116,3		76,8	143,3	23,3
<b>Ortopedia</b>	20,6 55,5		24,6	75,0	35,3
<b>Todas as demais</b>	79,7 56,9		81,9	62,0	18,9
<b>Total</b>	388,9 1.033,6		429,0	1.222,0	18,2

Quadro 5: Nº de Internações e valor Anual dos Procedimentos de Alta Complexidade no SUS-BRASIL, em 2003 e 2005

Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS.

\*Extraído do CONASS, 2007.

O CONASS (2007) ressalta que alguns procedimentos classificados como estratégicos no Faec, tal como transplantes, apresentaram aumento no número de internações de 46% entre 2003 e 2005, passando de 27,6 mil internações e custo de R\$ 158,4 milhões para 40,5 mil internações e custo de R\$ 197,6 milhões, resultando em um aumento de 25% nos valores gastos naquele período.

No contexto atual, o aumento do número de internações apresentado acima não parece suficiente para ampliar o acesso da população aos serviços de alta complexidade no país. Araújo (2007) faz referência à superlotação dos hospitais, à falta de leitos e verbas, como agravantes dos problemas de saúde da população. Para o autor, *falta tudo nos hospitais. Nos corredores sobram pacientes, mesmo em estado grave, aguardando vagas nas UTIs. De acordo com o Sindicato dos Médicos de Pernambuco, existem 560 leitos desativados nos quatro principais hospitais públicos da Região Metropolitana do Recife, enquanto corredores de hospitais como o da Restauração e Getúlio Vargas vivem superlotados.*

Na abordagem da questão do recurso humano, impõe-se a concepção de que estão aí envolvidos sujeitos estratégicos capazes de atuarem de forma complexa e que ajustam suas próprias metas às do contexto em que atuam, constituindo-se assim, protagonistas de qualquer processo nos quais estejam envolvidos. Nesse sentido, *as pessoas não “são os recursos”, “têm recursos”, (conhecimentos, capacidade, experiência), o que fundamenta a idéia de que quem utiliza os recursos humanos, na atualidade, administra talentos, competência e valores. Em outras palavras, não são as instituições que têm as pessoas e sim as pessoas é que fazem as instituições.* (OPAS, 2005, p. 249).

É reconhecido internacionalmente que nos processos de reforma do setor saúde, o recurso humano tem uma importância estrutural e se constitui em fator crítico quando se visa qualquer mudança. O recurso humano não é um recurso similar a outros, em função de que são as pessoas que realizam ações que constroem uma sociedade e suas instituições e a orientam para um rumo definido. Essa condição constitui o próprio caráter deliberativo do recurso humano que lhe permite projetar sua ação como um ato determinado, característica essa, que o diferencia de qualquer outro e que constitui sua própria identidade (criatividade, liberdade e responsabilidade). (OPAS, 2005, p.249).

No que se refere ao sistema de saúde brasileiro e seus recursos humanos, o mesmo não esteve imune às mudanças oriundas da nova ordem de organização produtiva, nem dos reflexos da reformulação do papel do Estado. Essas mudanças se relacionam às dimensões: estruturais que correspondem à composição e distribuição da força de trabalho; regulatórias representadas por diferentes atores e grupos de interesses da área da saúde e que envolvem sistemas formadores, corporações profissionais, entre outros; gerenciais, envolvendo sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho entre diversas esferas de governo. (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA,2007).

Não é desconhecido que a implantação do SUS constituiu o grande estímulo na melhor distribuição dos profissionais de saúde no país. A proporção de médicos por mil habitantes cresceu 54% no país, no período de 1997 a 2001, alcançando 2,08‰. Esse crescimento ocorreu em todas as regiões, tendo sido maior nas regiões Centro-Oeste (91%) e Norte (84%), mas persistia uma significativa desigualdade entre as regiões: as regiões Sudeste (2,81‰), Sul (1,99‰) e Centro Oeste (2,34‰) tinham disponibilidade de profissionais bem superior às Regiões Nordeste (1,2‰) e Norte (1,12‰). (OPAS, 2005)

Segundo Mendes e Marziale, (2007) no campo da saúde, ainda nos deparamos com problemas relacionados a recursos humanos no que tange ao contexto e ao conteúdo do trabalho, ou seja: escassez, má distribuição, condições inadequadas de trabalho, conhecimento e competências limitados, estratégias equivocadas de gestão de recursos humanos face às realidades dos serviços e demandas da população.

Para o MS o Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação de tecnologia e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das Regiões Sul e Sudeste.

Quanto aos aspectos relacionados à infra-estrutura tecnológica do país, a OPAS considera que *um hospital está, tradicionalmente, constituído por serviços de internação que desempenha uma função de hospedagem; está dotado de infra-estruturas técnicas, logísticas e tecnológicas; e realiza atividades administrativas e de apoio. Durante as últimas décadas, a dimensão tecnológica do hospital adquiriu maior importância e transformou-se em um dos critérios mais importantes de definição do hospital. O hospital está a serviço da missão que lhe foi designada: satisfazer, da melhor maneira possível, às necessidades de saúde da população que atende.* (OPAS, 2005, p.349).

Para a OPAS (2005, p.352), a infra-estrutura de tecnologia clínica também envolve o pessoal técnico de alta competência. Além do pessoal médico especializado, esta infra-estrutura dispõe de recursos humanos próprios, como técnicos de laboratório, pessoal de esterilização ou técnico dos serviços de diagnóstico e de cirurgia, que tenham capacitação especializada.

Em relação aos equipamentos médicos, a pesquisa da AMS de 2005, analisou a distribuição no país e observou que, no que pese continuar existindo expressivas desigualdades regionais em sua oferta, há um visível crescimento no número de equipamentos disponíveis em municípios das Regiões Norte e Nordeste, o que, acredita-se, atenua essas desigualdades. É o caso, por exemplo, da oferta de equipamentos de tecnologia mais avançada, como os mamógrafos, tomógrafos e ultra-som, a qual cresceu em todas as regiões do país nos últimos anos. (IBGE, 2006, p.44).

Vale salientar que apesar dessa maior oferta, as Regiões Norte e Nordeste continuam a apresentar índices inferiores à média do Brasil, estando a Região Sudeste e as Regiões Sul e Centro-Oeste, respectivamente, acima e próximas da média nacional. Ressalte-se, todavia, que os desníveis entre as regiões diminuíram ligeiramente entre 2002 e 2005, apresentando as Regiões Centro-Oeste e Norte um crescimento maior que as demais regiões para a maioria dos equipamentos analisados.

Convém destacar que os equipamentos de maior densidade tecnológica estão predominantemente em estabelecimentos privados, o que determina elevada concentração nas regiões de maior renda média da população, onde também se concentra a cobertura de planos privados de saúde: 75% dos tomógrafos e 74% dos aparelhos de ressonância magnética existentes no país estavam em 2002, localizados nas regiões Sul e Sudeste. (OPAS, 2005).

Calil (2001), afirma que existem diversos casos em que os hospitais da rede pública, os quais possuem equipamentos de maior complexidade tecnológica, não têm condições de

arcar com os custos de manutenção. A OPAS (2005, p.354) igualmente identifica esse problema ao considerar que não há disponibilidade suficiente de recursos humanos qualificados para garantir o conserto dos equipamentos dentro de prazos aceitáveis nos hospitais latino-americanos. Há um consenso de que a falta de formação de tecnólogos (operadores) e a ausência de um verdadeiro programa de manutenção constituem obstáculos importantes para o ótimo funcionamento dos equipamentos.

Outro aspecto que merece ser destacado em relação aos recursos infra-estruturais tecnológicos é o que diz respeito à importância do conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos de um mesmo tipo existente na rede de saúde em cada Região do Brasil. A partir desse conhecimento seria possível desenvolver metodologias de análise direcionadas ao esclarecimento: a) da real necessidade de equipamentos para uma região; b) da política de formação de recursos humanos mais adequada para a Região; e c) da real capacidade da rede para atender os distintos tipos de patologia, evitando assim o deslocamento de pessoas para atendimento em outras regiões. (CALIL, 2001, p.96).

O conhecimento envolve dados sobre a idade dos equipamentos, a condição de funcionamento, o número de pessoas treinadas para sua operação, a capacidade de atendimento, a quantidade real de intervenções nas quais os equipamentos são utilizados, a qualidade e a quantidade das manutenções executadas dentro de um período determinado. (CALIL, 2001, p.96).

Em função disso, o acesso equânime a recursos tecnológicos de maior complexidade, assim como os vários problemas apresentados constituem grande desafio, que precisa ser enfrentado pelo sistema público de saúde para assegurar o direito à integralidade da atenção determinado pela Constituição Federal. (OPAS, 2005).

O MS determina no artigo 3º da Portaria Nº. 1169/GM de 2004, que trata da Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (ACVAC) no Sistema Único de Saúde (SUS), que as

Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular (UAACCV) e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular (CRACCV) do SUS, devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2004).

Depreende-se do exposto acima que os hospitais deverão atender às exigências da respectiva Portaria para que possam ser credenciados em UAACCV ou CRACCV. Com a implantação dessa Portaria o MS objetiva reestruturar a atenção de ACCV no país. A propósito, nessa pesquisa estamos trabalhando com o pressuposto de que os problemas atuais da rede hospitalar do SUS no Estado de Pernambuco ainda se constituem em um importante obstáculo para a implementação dessa Portaria.

### **3. Procedimentos Metodológicos**

---

#### **3.1 Desenho do estudo**

O estudo em questão adota uma abordagem qualitativa uma vez que na concepção generalista de Denzin (2006) esta significa adotar um conjunto de práticas materiais e interpretativas que podem proporcionar ao pesquisador uma melhor compreensão do objeto da pesquisa.

Segundo Chizzotti (1995), a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. Pope;Mays (2006) consideram que a pesquisa qualitativa em vez de simplesmente aceitar os conceitos e as explicações utilizadas na vida diária, faz perguntas fundamentais e investiga a natureza dos fenômenos sociais.

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória considerando que este tipo de pesquisa é realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado, (Tobar e Yalor, 2001). Nesse sentido foi possível verificar na literatura a escassez de pesquisas em temas relacionados à política de saúde em alta complexidade cardiovascular. Gil (1995) enfatiza que a pesquisa exploratória habitualmente envolve levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Dessa forma, como a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador utilizar distintos materiais empíricos para melhor compreender o seu objeto de pesquisa foram aplicados nessa pesquisa o levantamento bibliográfico e documental, entrevistas semi-estruturadas.

### **3.2 Área de estudo**

A cidade do Recife é a capital do Estado de Pernambuco e se localiza na Região Nordeste do Brasil, com extensão territorial de 209 Km<sup>2</sup> e possui uma população de 1.546.502 habitantes, distribuída nos 94 bairros que compõem a cidade (Decreto n<sup>o</sup>. 14.452/88) A rede hospitalar do Estado, vinculada ao SUS, é composta de 250 estabelecimentos hospitalares, 171(68%) públicos e 79(31%) conveniados ao SUS (filantrópicos e privados), correspondendo a 23.000 leitos hospitalares com capacidade para 92.000 internações/mês. Do total dos leitos, 7.198 concentram-se na cidade do Recife (31%), que somados aos 4.123 da Região Metropolitana do Recife, correspondem a 49% do total de leitos de Pernambuco (PERNAMBUCO,2006).

No ano de 2007, existiam no Estado 56 serviços cardiovasculares, 36 dos quais situados no território do Recife. Destes últimos, seis (06) estão credenciados como Centros de Referência e Unidades de Assistência em ACCV. Esta pesquisa se propôs a investigar esses seis (06) hospitais que constituem a rede credenciada pela Secretaria Estadual de Saúde para executar serviços de alta complexidade em cirurgia cardiovascular. Essas Unidades estão situadas na capital do Estado, município do Recife, e foram caracterizados mediante a apresentação de suas capacidades instaladas (de um modo geral) e de alguns indicadores de desempenho.

Encontram-se distribuídos no quadro (6) abaixo os hospitais sob gestão estadual, de acordo com a natureza do prestador. Os serviços são credenciados como Unidades de

Assistência em ACCV ou como Centros de Referência em ACCV. Estão apresentados também os serviços para qual cada um deles está habilitado a realizar:

<b>Credenciamento</b>						
<b>Natureza do Prestador</b>	<b>Cirurgia Cardiovascular</b>	<b>Cirurgia Card. Pediátrica</b>	<b>Proc.Card. Interven.</b>	<b>Proc. Endovascular . Extra</b>	<b>Cirurgia Vascular</b>	<b>Lab. de Eletro.</b>
<b>Público Federal (A)</b>	C	NC	C	C	C	C
<b>Público Estadual (B)</b>	C	NC	C	NC	NC	NC
<b>Privado (C)</b>	C	C	C	NC	NC	NC
<b>Privado sem fins lucrativos (D)</b>	C	C	C	NC	C	NC
<b>Privado sem fins lucrativos (E)</b>	C	C	C	C	C	NC
<b>Público Estadual (F)</b>	C	C	C	C	C	C

Quadro 6 - Natureza do Prestador e Credenciamento

Fonte: CNES/MS, 2007.

**Legenda:** C - Credenciado  
NC - Não Credenciado

A pesquisa foi direcionada aos Diretores Técnicos ou Clínicos, aos Chefes dos Serviços Cardiovasculares, aos Coordenadores de Enfermagem e aos de Engenharia de cada uma dessas Unidades.

O **Hospital F**, no entanto, não concordou com os termos da pesquisa. Portanto, de acordo com as definições dos Comitês de Ética que regem esta pesquisa, o referido hospital foi desconsiderado nesse estudo.

Convém salientar que o **Hospital C** durante o ano de 2007 estava credenciado no CNES para realizar procedimentos de alta complexidade cardiovascular. No entanto, foi descredenciado em maio do presente ano.

Considerando a importância da Gerência de Regulação e Controle da SES/PE na ordenação da assistência de alta complexidade do Estado, um representante técnico dessa área também foi incluído entre os entrevistados.

### 3.2.1 Caracterização dos Sujeitos do Estudo

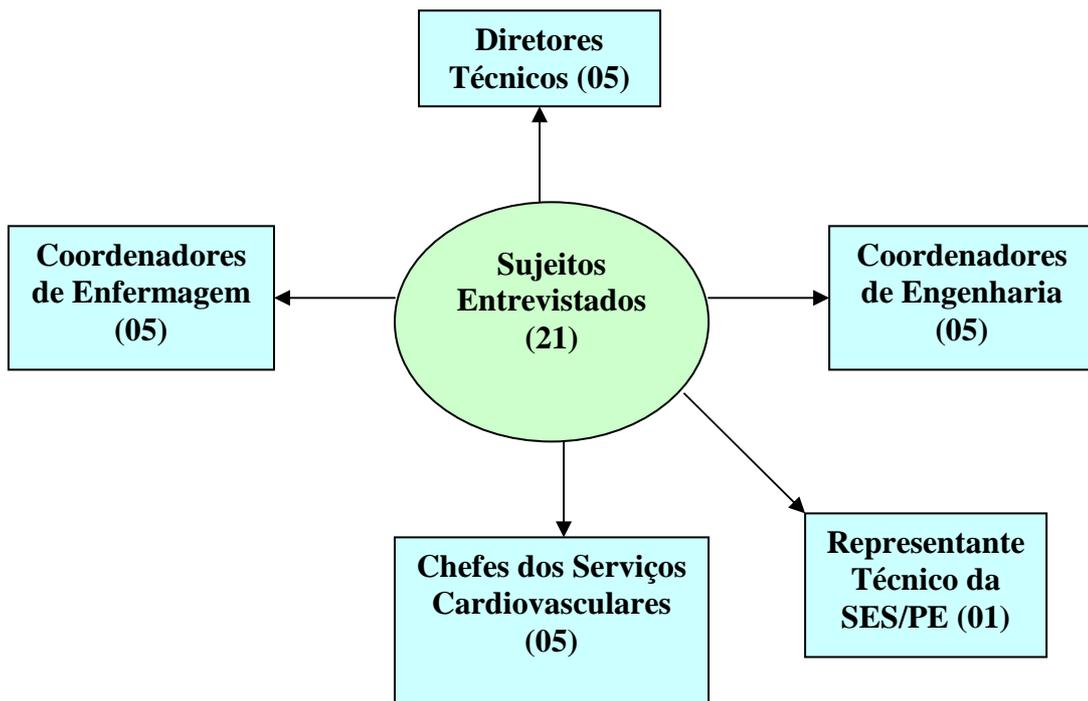


Figura 2: Sujeitos entrevistados

### 3.3 A Coleta dos dados

Foram realizadas 21 entrevistas com profissionais distribuídos nos hospitais credenciados, estando os estabelecimentos hospitalares caracterizados por letras do alfabeto e os entrevistados por números, conforme mostra o quadro 7.

<b>Entrevistados</b> <b>Hospitais</b>	<b>Diretor Técnico</b>	<b>Chefe da Cardiovascular</b>	<b>Coord. de Enfermagem</b>	<b>Coord. de Engenharia</b>	<b>Rep.Téc./SES/PE</b>
<b>A</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	-
<b>B</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	-
<b>C</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	-
<b>D</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	-
<b>E</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	-
<b>F</b>	-	-	-	-	-
<b>G</b>	-	-	-	-	<b>21</b>

Quadro 7 - Entrevistados e Instituições

Para os Diretores Técnicos, o roteiro de entrevista constava de 02(duas) perguntas referentes à percepção dos entrevistados quanto à implementação da PNACCV; visando compreender que aspectos seriam mais importantes para explicar as dificuldades na realização dos procedimentos de alta complexidade cardiovascular, tais como os infra-estruturais, os recursos humanos e financeiros.

O roteiro de entrevista dos chefes dos serviços de cardiologia apresentava 02(duas) perguntas sobre a percepção dos mesmos sobre a implementação da PNACCV na respectiva instituição e quais são as maiores dificuldades enfrentadas para implementação da PNACCV.

Para a coordenação de enfermagem o roteiro de entrevista continha 03(três) perguntas relacionadas à identificação de algum problema que dificultasse a realização dos procedimentos de alta complexidade cardiovascular; quais as principais dificuldades encontradas para atender às exigências da Portaria para Cardiovascular e a disponibilidade de medicamentos e recursos humanos.

Quanto à coordenação de engenharia, foram realizadas 03(três) perguntas sobre a infra-estrutura do hospital, a conservação dos espaços físicos (UTI, bloco cirúrgico,

enfermarias, ambulatórios); a disponibilidade de equipamentos e os programas/contratos formalizados de manutenção de equipamentos.

Para o representante da Gerência de Regulação e Controle da SES/PE foi elaborado um roteiro com questões relativas à política estadual de regulação da AACCV. Os roteiros estão apresentados em forma de apêndice, no final deste caderno.

Para a realização das entrevistas foi utilizado equipamento de áudio e em seguida estas entrevistas foram transcritas. Essa técnica permitiu a fidelidade das respostas e uma maior liberdade entre entrevistador e entrevistado.

Em seguida, encontra-se no quadro 8, um resumo das perguntas realizadas com os entrevistados.

<b>ENTREVISTADOS</b>	<b>CONCEPÇÃO</b>
Diretor Técnico	1-Implementação PNACVAC; 2- Dificuldades
Chefe da Cardiovascular	1-Implementação PNACVAC; 2- Dificuldades
Coordenação de Enfermagem	1-Dificuldades; 2-Disponibilidade: Recursos Humanos, Equipamentos Tecnológicos, RDT
Coordenação de Engenharia	1-Estrutura Assistencial; Disponibilidade: Equipamentos/Contratos de manutenção
Representante Técnico da SES/PE	1-Dificuldades para implementação da PNACVAC; 2- Desempenho dos hospitais/metasp alcançadas

Quadro 8 - Resumo do roteiro das entrevistas

### 3.4 Análise dos Resultados

No que diz respeito aos elementos obtidos mediante a aplicação das entrevistas foram agregados por referência às categorias que compõem o conceito de “recursos” utilizado neste trabalho. Além disso, foram analisadas dimensões específicas de cada um desses elementos, conforme ilustra o quadro 9.

<b>Categoria</b>	<b>Dimensões específicas</b>
Força de trabalho	Quantitativa e qualitativa
Materiais e equipamentos	Disponibilidade, quantidade e existência de contratos de manutenção.
Recursos diagnósticos e terapêuticos	Oferta e disponibilidade
Produção do serviço	Aspectos quantitativos

Quadro 9 - Dimensões específicas

### 3.5 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – CCS/ UFPE, bem como pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Considerando as orientações da ética em pesquisa, resolvemos preservar as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, para assegurar a não identificação das Instituições pesquisadas e dos técnicos entrevistados; sendo as primeiras identificadas sequencialmente por letras do alfabeto e, os segundos, por números arábicos.

## 4. Apresentação e Discussão dos Resultados

---

A proposta do presente capítulo é apresentar a análise e discussão dos resultados obtidos com a pesquisa. A partir dos objetivos específicos que juntos compuseram as categorias do estudo foi explorada a percepção dos entrevistados.

### 4.1 Critérios e Categorias

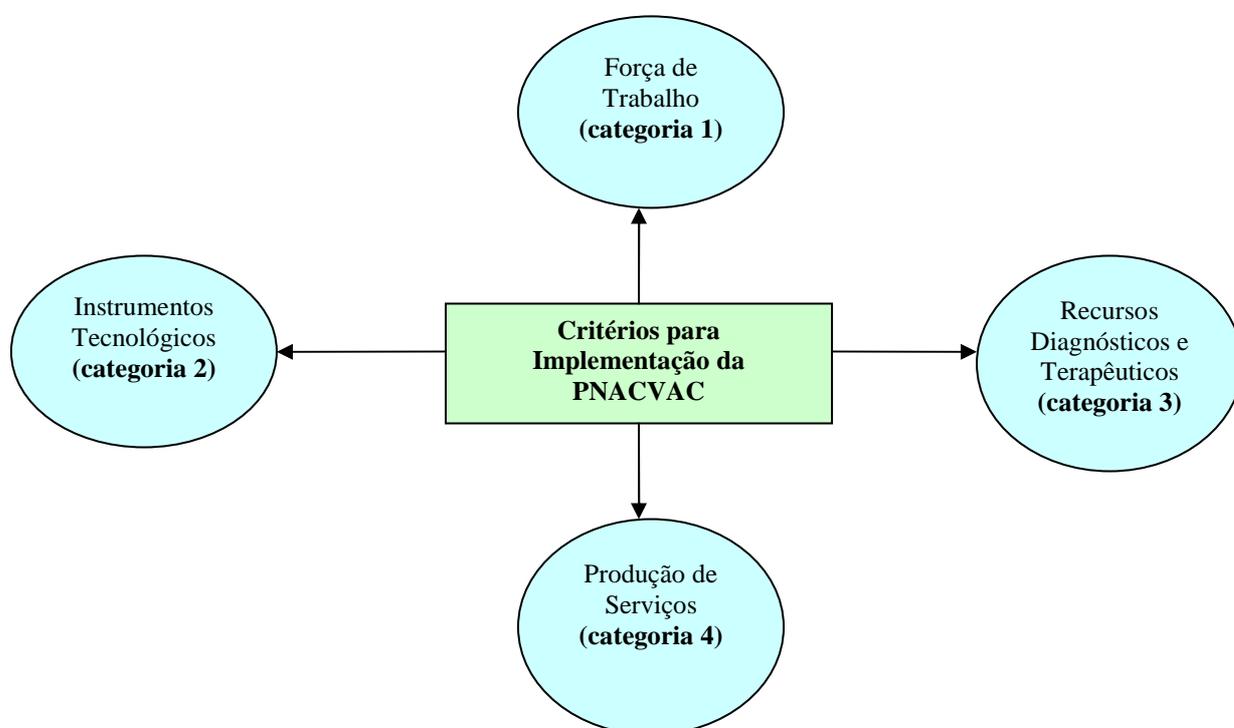


Figura 3: Critérios para Implementação da PNACVAC

### 4.2 A disponibilidade da força de trabalho

Através deste item, torna-se explícita a percepção dos sujeitos entrevistados nos Hospitais, quanto à disponibilidade da força de trabalho para a implementação da Política de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, sempre reportando aos critérios estabelecidos pela Portaria Nº. 210 de 15 de junho de 2004 do Ministério da Saúde.

Na pesquisa realizada junto ao **Hospital A**, os entrevistados 1 e 2 apontaram a dimensão do gerenciamento da força de trabalho dessa instituição como uma real dificuldade para a implementação da PNACVAC, ao considerarem a coexistência dos profissionais próprios do estabelecimento, com outros profissionais, como os docentes, que mantêm seus vínculos com a instituição de origem. A esse conjunto de profissionais é adicionado, ainda, mas em número menor, outros médicos terceirizados. Essas dificuldades são, assim, apontadas:

Com a extinção do INAMPS e a implantação do SUS, no Estado, veio muita gente trabalhar aqui, de fora, mais de 100(cem) médicos vieram. Alguns já tinham vínculo aqui com o hospital e trouxeram o vínculo institucional. Mas, eles não fazem assistência, no nível da assistência. Ficam, quase todos, como professores. Então, são três e, agora, tem uma 4ª categoria. São os terceirizados pagos pelo hospital. Isso cria uma confusão muito grande, não digo uma discriminação. Uma separação em como tratar, porque alguns têm 20 (vinte) horas, outros são plantonistas, não querem trabalhar como plantonistas, outros querem receber o adicional noturno e não querem dar plantão. Isto cria uma confusão muito grande e, realmente, a dificuldade de gerenciar isso se reflete na Cardiologia, como um todo, e na Cirurgia Cardíaca, em especial. (Entrevistado 1)

Considerando o exposto acima, podemos perceber que o entrevistado expressa uma preocupação com a dificuldade que enfrenta para gerenciar os seus recursos humanos. Esta dificuldade se faz presente pela variedade do tipo de vínculo empregatício dos profissionais e também pela autonomia expressa pelos mesmos. Concordamos com a autonomia dos profissionais quanto às decisões tomadas para a realização de um determinado tratamento, mas o interesse em ser remunerado sem cumprir com o que lhe é designado ao assinar o contrato trabalhista não parece ser uma atitude que colabore para a eficácia dos procedimentos preconizados pela Portaria Ministerial N.º.1.169/GM. Depreende-se a necessidade de uma conscientização urgente destes profissionais de modo a favorecer a efetividade do gerenciamento com o conseqüente benefício à população.

Ao longo das entrevistas no **Hospital A**, se observou que, uma questão sempre recorrente, diz respeito à escassez de recursos humanos, como um fator limitante, para a implementação da PNACVAC, como se pode observar no testemunho dado a seguir:

Nós temos um problema sério com o número de perfusionistas. O seu número é muito escasso e também o salário que a gente oferece é muito baixo. Então, a gente tem que pagar por serviços prestados (...), o que é complexo, considerando que não pode ficar caracterizada a vinculação empregatícia. (Entrevistado 1)

A realidade apresentada acima, significa que a implementação da Política de Alta Complexidade Cardiovascular nesta instituição pode estar comprometida, uma vez que o sucesso ou o fracasso de programas em saúde pública está na dependência da quantidade de recursos humanos disponíveis. A falta de profissionais, em instituições públicas, representa um grande problema, dada a real necessidade de atendimento de serviços de alta complexidade cardiovascular da população economicamente menos favorecida. A escassez de profissionais não deve ser uma rotina nas instituições públicas. A necessidade de atendimento por serviços de alta complexidade cardiovascular tem aumentado e os hospitais, segundo o Ministério da Saúde, devem estar preparados para enfrentar essa demanda com condições ideais de instalações e recursos humanos para uma adequada prestação dos serviços. É necessário que através das autoridades competentes se criem estímulos para que o profissional permaneça nas instituições públicas, passando pelo aumento dos salários como fator motivacional.

No **Hospital A**, a questão do não pagamento, por produtividade, aos profissionais surgiu como um dos problemas para a implementação da PNACVAC. O valor pago por cirurgias cardíacas é fixo, ao contrário de outras instituições hospitalares que pagam por produtividade, segundo o relato do entrevistado 2:

Falta de definição no que se refere ao ganho por produtividade. Então, não há interesse em que se desenvolva, se trabalhe por quantidade de procedimentos, porque não há um estímulo para isto. E se alega que, como os salários são baixos, então, não há um retorno. Não há! Isto é um problema difícil de tratar. Mas, inexoravelmente, um problema que tem que ser encarado (...) (Entrevistado 2)

O depoimento do entrevistado 1 sobre a questão, acima abordada, é ainda mais enfático:

O hospital não dispõe de cirurgiões no seu corpo próprio. A gente tem que se valer das terceirizações. O valor pago da terceirização é muito baixo. Para você ter uma idéia, um médico em 24 horas de trabalho, recebe mil e poucos reais, se fizer adicional noturno. Então, é um preço muito abaixo do mercado e as pessoas não querem (...).

Na mesma linha de raciocínio do entrevistado 1, o entrevistado 2 destaca:

Há limitações de disponibilizar recursos para o pagamento de pessoal não pertencente ao quadro. Todos têm a idéia, os que vêm operar aqui é que irão ganhar por produtividade, como aí fora, quando se opera pelo SUS. Aliás, não podemos fazer isso, não temos essa autonomia de pagar por produtividade, de pagar extraordinário. Não temos!

Depreende-se, através dessas entrevistas, que o pagamento por produtividade embora sendo possível tanto nos hospitais próprios do SUS, como nos filantrópicos, não o é no **Hospital A.**

O entrevistado 2 afirma que a dificuldade de remuneração do pessoal é um dos fatores que provoca a falta de fidelização, de estímulo e de compromisso do profissional com a instituição.

O não pagamento por produtividade, tem sido um dos motivos que tem desestimulado os profissionais desta instituição para o desenvolvimento de suas funções, implicando no baixo desempenho da Política de Alta Complexidade Cardiovascular. Por parecer uma falta de reconhecimento pelos serviços prestados, os profissionais devem ser melhor valorizados retribuindo-os com o pagamento por produtividade .

No que se refere ao aspecto da disponibilidade da força de trabalho, outro aspecto também referenciado pelos entrevistados, como obstáculo para a implementação da PNACVAC, diz respeito ao critério estabelecido pela Portaria Ministerial quanto à força de trabalho no aspecto qualitativo. “Os profissionais devem possuir Título de Especialista na área de atuação reconhecido pela Sociedade Brasileira da respectiva área ou certificado de Residência na especialidade, emitido por Programa de Residência na área de atuação reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);”(Anexo I da Portaria nº. 210).

Os entrevistados 3 e 1, respectivamente, procuram chamar a atenção sobre o critério acima estabelecido, destacando, em seus depoimentos, algumas peculiaridades próprias de cada Estado Federativo e que deveriam ter sido levadas em consideração, quando da elaboração da citada Portaria do Ministério da Saúde. Segue o teor das opiniões dos entrevistados sobre esta questão:

É bem difícil, no caso específico da Enfermagem, porque não existe uma Sociedade. Ela não treina, não oferece essa capacitação para o Estado inteiro. A gente não tem mesmo, no Estado. Não tem a mão de obra especializada nessa área. É bem difícil de ser encontrada. Tanto que a gente tem dificuldade mesmo para contratação. Então, o que a gente tem feito é treinamento no serviço mesmo. O pessoal técnico de Enfermagem não existe. Pelo menos na região, não existe um treinamento formal na área (...); (Entrevistado 3)

Na verdade, é uma Portaria que eu sempre critico porque eu acompanhei a Nefrologia, acompanhei a Ortopedia, a Neurologia e essa agora de Cardiovascular (...); (Entrevistado 1)

O entrevistado acima faz crítica a alguns critérios estabelecidos pela Portaria que dificultam a implementação da PNACVAC ao afirmar que o Estado de Pernambuco não possui especialistas em quantidade suficiente para atender principalmente a eletrofisiologia e a enfermagem cardiovascular.

Evidencia-se assim uma exigência de profissionais que possuam títulos de especialistas nas respectivas áreas e o Estado de Pernambuco ainda não dispõe de cursos formadores para tais especialidades. Segundo o entrevistado 1, as exigências contidas na Portaria podem ser melhor cumpridas por instituições situadas em Regiões como Sul e Sudeste que possuem uma multiplicidade de especialistas.

Quanto à equipe de apoio multidisciplinar, a Portaria estabelece que a Unidade Hospitalar credenciada em serviços de Alta Complexidade Cardiovascular “deverá ter como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas: a-Saúde Mental ou Psicologia Clínica; b-Assistência Social; c-Fisioterapia; d- Nutricionista; e- Farmácia; f- Hemoterapia”.

O entrevistado 2 considera difícil atender ao que determina a Portaria, em relação à manutenção da Equipe Multiprofissional no **Hospital A**, principalmente, em relação à Fisioterapia:

Há falha em relação à Equipe Multiprofissional. Por exemplo, a Fisioterapia que tem profissionais muito bons e tal, mas funciona de segunda à sexta. Na sexta-feira, até o meio-dia. Pára em carnaval, pára em feriado... Agora como é que você vai remunerar as pessoas para virem aqui, de noite, por um salário fixo e "mixinho"?(sic)

O apoio multidisciplinar na atenção de alta complexidade cardiovascular é de fundamental importância, principalmente para o acompanhamento do paciente no pós-operatório. Sua falta demonstra que os pacientes atendidos nesta instituição não estão tendo o suporte que a portaria ministerial preconiza. Segundo Formenti (2008), para que o paciente tenha uma boa recuperação, é preciso que cuidados na unidade de terapia intensiva (UTI) e no pós-operatório sejam também eficientes. "O paciente depende do anestesista, do enfermeiro, do fisioterapeuta no período após a operação e do infectologista, além da equipe de controle de infecção hospitalar. O próprio nome diz. É um serviço de alta complexidade e justamente por isso não deve ser feito em locais onde há dúvidas sobre a qualidade dos serviços."

Os entrevistados do **Hospital B**, ao serem questionados quanto à disponibilidade da força de trabalho, se posicionaram, criticamente, por não estarem credenciados como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. O entrevistado 5 afirma que o **Hospital B** possui todos os requisitos necessários para realizar procedimentos, na área endovascular e, somente não os realiza, por não estar credenciado. Ele assim se manifesta:

Mas, quando nós entramos na área endovascular aí a coisa complica. Por quê? Nós temos um serviço de cirurgia vascular credenciado pelo MEC. Nós temos uma máquina de hemodinâmica de última geração. Um investimento na ordem de 1 milhão e trezentos mil reais que permite fazermos todos os procedimentos na área endovascular. Nós temos pessoal treinado, capacitado, mas nós não somos credenciados. Por quê? Porque para fazer cirurgia endovascular e para fazer procedimento, tipo angioplastia com stent; tipo eletrofisiologia cardíaca e todos os procedimentos terapêuticos, nessa área, nós precisamos ser Centro de Referência. É o que a Portaria do Ministério diz.

Apesar do entrevistado 5 afirmar que o **Hospital B** possui todos os requisitos necessários para funcionar como Centro de Referência, admite, todavia, que a escassez de Recursos Humanos é um problema para a implementação da Alta Complexidade Cardiovascular. Os entrevistados, no **Hospital B**, assim relataram a respeito desse assunto:

- Nós estamos vivendo um tempo de muita dificuldade, com superlotação. E, como temos um número pequeno, ainda, de cirurgias cardíacas porque faltam recursos humanos para que nós possamos aumentar essa oferta, nós temos uma sala de recuperação do pós-operatório, exclusiva da cirurgia cardíaca, que não está funcionando porque não tem recursos humanos. Nós teríamos condições, hoje, de aumentar. Nós fazemos duas cirurgias por semana. Nós tivemos condições de passar a fazer mais x, desde que houvesse, realmente, esse aporte de recursos humanos. Porque essa é uma dificuldade no Estado todo (Entrevistado 5);

Hoje a única dificuldade que temos para aumentar o número de procedimentos, principalmente da cirurgia cardiovascular, é a deficiência de recursos humanos. Porque a gente faz, acontecem 02 (duas) cirurgias, semanalmente, nas terças e quintas. Todas as terças e quintas, em média, de 08 (oito) a 10(dez) cirurgias mensais. Mas a gente não tem como aumentar o número disso porque a gente tem deficiência de médico para o pós-operatório. E quantitativo de técnico de enfermagem também. A gente trabalha com 02 (dois) técnicos, no plantão noturno, por questão de revezamento de horário e 01(um) no plantão diurno. E isso dá pra gente atender 01(um) único paciente no pós-operatório imediato e a enfermeira plantonista; (Entrevistado 7);

A cirurgia cardíaca aqui nós já temos. Já fazemos duas por semana por falta de recursos humanos: enfermagem e médicos para ficar no pós-operatório que a gente não tem. A gente tem a sala de pós-operatório, toda montada, pronta, aguardando somente médico pra fazer o pós-operatório, realmente (...) - A maior dificuldade enfrentada para a implementação dessa política são exatamente os recursos humanos. É a falta de médicos. Porque nós temos os médicos especializados, mas eles estão nos plantões, eles estão na diária da emergência e da coronária e a gente não pode tirá-los (...) (Entrevistado 6);

Em relação ao aspecto qualitativo da força de trabalho exigido pela Portaria, os entrevistados 5 e 7 manifestaram as seguintes opiniões:

A Portaria é exigente, como acho que ela deve ser. Tem uma exigência. Eu conheço essa Portaria. Eu participei do preenchimento do formulário para Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular. Ela é uma Portaria exigente. Eu acho que é uma Portaria muito técnica, está entendendo(...). (Entrevistado 5)

Então nós temos dois profissionais da casa que são radiologistas intervencionistas, especializados com títulos de especialistas, que fazem todos os procedimentos na área de endovascular. Todos eles estão aqui. Lotados no hospital. Nós temos uma cirurgia vascular, credenciada com profissionais também com cursos, com especialização na área endovascular. Quer dizer, eu tenho, na área endovascular, radiologistas e intervencionistas e cirurgiões vasculares especializados em cirurgia endovascular. Tenho cirurgiões cardíacos especializados em cirurgia cardíaca, pela Sociedade Brasileira, que operam aqui. Eu tenho cirurgia torácica, não cardíaca, que também ajudam. Eu tenho tudo. Só não tenho o credenciamento. (Entrevistado 5)

O entrevistado 21 da **Instituição G** justifica o fato do **Hospital B** não estar credenciado como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e de existir atualmente no Estado de Pernambuco mais de 03 (três) CRACCV conforme podemos observar no depoimento abaixo:

A Portaria Nacional, ela determina que deva haver um Centro de Referência para 4 milhões e, em Pernambuco, a gente está vivendo uma situação assim, meio anômala. Pernambuco, na realidade, teria direito, por determinação da Portaria, a dois Centros de Referência e hoje esse Centro de Referência é o Hospital A, o Hospital F que é um hospital público estadual, não da Secretaria de Saúde, mas é público estadual, e tem o Hospital E que é um hospital filantrópico. E, por incrível que pareça, um hospital da rede pública estadual de saúde que mais realiza procedimentos é o Hospital B. E ele não se encontra habilitado como Centro de Referência para Alta Complexidade Cardiovascular, principalmente na área, no grupo da eletrofisiologia. É quem mais realiza procedimentos e no conjunto de uma forma geral. O fato de Pernambuco já ter mais de dois Centros de Referência já é uma distorção. Mas, é uma distorção também que foi gerada pelo Ministério. Porque também habilitou um terceiro serviço, sem ter que tivesse sido passado pela Bipartite. E, mesmo que a gente considere que é um serviço importante porque faz alguns procedimentos de alta complexidade, mas (...) também foi uma decisão do Ministério em habilitá-lo. E, com isso, nos coloca nessa situação de ter que, realmente, solicitar a habilitação do Hospital B. E a gente vai discutir com o Ministério como fica essa rede no Estado de Pernambuco.

A existência de mais de 02 (dois) Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Pernambuco demonstra uma distorção quanto ao critério estabelecido na Portaria que estipula como parâmetro para credenciamento 01(um) Centro de Referência para cada 04 (quatro) milhões de habitantes. Considerando o que foi exposto pelo entrevistado B, se questiona a validade desse critério face aos determinantes expressos pela mesma e que deve levar os gestores a considerar as necessidades da população e não das pressões das instituições para a concessão do credenciamento.

Quanto à equipe de apoio multidisciplinar do **Hospital B**, o entrevistado 7 fez a seguinte colocação:

A equipe mesmo é ótima. Não tem dificuldade nenhuma. Atende todas as exigências que a Portaria pede, como em relação aos profissionais que a gente tem que ter. Assim, uma pessoa que represente o serviço social, a psicologia, a nutrição, a equipe toda, a gente tem no hospital. E a gente convidou as pessoas para fazer a questão de títulos. A gente tem assim a enfermeira que pedem as titulações, então

tudo foi assim organizado conforme solicitado. A gente não tem dificuldade nenhuma.

A instituição B, ao contrário da A, não apresentou problemas com o apoio multiprofissional, permitindo que os pacientes atendidos por esta instituição tenham um acompanhamento no pós-operatório, coerente com a exigência da portaria.

No que se refere à disponibilidade da força de trabalho, o **Hospital C**, segundo os seus entrevistados, não apresenta dificuldades para a implementação da PNACVAC, conforme se pode observar nos seguintes depoimentos:

Em relação aos recursos humanos, nós estamos preparados. Não só para o SUS. Sem problemas com recursos humanos. O hospital está bem estruturado; (Entrevistado 9)

Tanto em relação à estrutura física, de equipamento, como de equipe preparada, equipe médico, todo suporte é dado. Tem todo o protocolo. Tem o protocolo todo da cirurgia cardíaca, da hemodinâmica, intervencionista, da equipe médica, tem a equipe de enfermagem, tem todo o protocolo; (Entrevistado 11)

Temos uma equipe muito bem preparada para atender as exigências da portaria(...) (Entrevistado 10)

Da mesma forma que o **Hospital C**, esta não parece ser uma questão que dificulta o desenvolvimento da PNACVAC no **Hospital D**, pois de acordo com os entrevistados o hospital possui a melhor estrutura, em todos os aspectos. Vejamos as declarações dos entrevistados sobre esta questão:

Todos os recursos humanos são específicos. Cada um tem, nas suas áreas, especialidades dentro do processo. Exatamente para poder fazer, totalmente técnico, formado exatamente para aquela especialidade (...); (Entrevistado 13)

A nossa infra-estrutura é excelente e, em termos de recursos humanos, estamos realmente adequados ao que é solicitado e até mais. Então, temos condições de atender, a nível de recursos humanos, os nossos pacientes com muita tranquilidade. Não temos dificuldades nenhuma. Estamos totalmente adequados; (Entrevistado 15)

Em relação aos recursos humanos do hospital é um hospital conveniado. O pessoal médico não é, necessariamente, do quadro público, federal ou estadual; é um hospital aberto. Então não há também falta de recursos humanos do hospital em relação ao pessoal de enfermagem, a técnicos (...) (Entrevistado 13)

Uma questão que foi abordada como dificuldade para a implementação da PNACVAC no **Hospital D** se relaciona à qualificação da Enfermagem. Ouvimos o seguinte depoimento:

Aqui, a gente não tem ainda um Curso de Especialização em Cardiologia. Tem em Salvador, tem no Rio, em São Paulo, mas aqui não chegou ainda, porque não conseguiu fechar uma turma. Existe Residência, mas nessa altura do campeonato, sair pra fazer Residência, não tem sentido. Aí, realmente, não deu para fazer. Estou tentando ver a Titulação pelo Tempo de Serviço. Porque, na verdade, quem acompanha os residentes sou eu; quem acompanha o pessoal, na Residência, muitas vezes, sou eu, que vem pegar os campos de estágio. Eu quem assino como Preceptora. Então já tenho um bocado de coisa. Vou ver se consigo, senão, vou ver se faço (...). Devido ao tempo de serviço e pela atuação como Preceptora, você pode entrar com essa solicitação, junto à Sociedade, para reconhecimento; (Entrevistado 15)

A dificuldade que vejo é em relação à exigência de Titulação, nessa área, é porque não existe no mercado. O que tem, são as Residências, que é uma coisa que quem busca, geralmente, é o pessoal que sai da Universidade, mas no meu caso, que tenho 20 anos de experiência, tenho que deixar de trabalhar. Estamos tentando obter o Reconhecimento, por Tempo de Trabalho. Estamos tentando fazer dessa forma, se não conseguir, terei que largar tudo e ir para São Paulo. (Entrevistado 15)

Alguns entrevistados declararam que o Estado de Pernambuco não possui número suficiente de pessoal de enfermagem com a formação exigida pela portaria, o que dificulta o seu cumprimento. Esta problemática também foi abordada em reunião da diretoria da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) no dia 15/07/2004 quando se declarou que *“a grande maioria dos municípios do nosso país não tem profissionais de enfermagem com esta titulação”*. Em função disso, essa questão foi apresentada e discutida no setor de Coordenação da Alta Complexidade do Ministério da Saúde em 19/07/2004. Passados 03 (três) anos, a situação permanece inalterada, dada a escassez no Estado de Pernambuco de cursos de formação em enfermagem cardiovascular.

Em relação a este objetivo específico, segundo os entrevistados abaixo, o **Hospital E** não apresenta dificuldades na implementação da PNACVAC:

Nós não temos dificuldades para a implementação da PNACVAC porque temos uma equipe de recursos humanos boa, nosso cirurgião, o Dr (...) que é o responsável pelo serviço de cirurgia de adulto e de criança, é uma pessoa extremamente capaz. E tem uma equipe grande e a gente consegue realmente implementar, sem dificuldades. (Entrevistada 17);

Em relação a Recursos Humanos, foi contratada muita gente. Os nossos recursos humanos que, fazem acompanhamento clínico, todos são funcionários da casa, todos. Hoje nós conseguimos, graças a Deus, conseguimos pagar um salário compatível ou um pouquinho melhor do que o do Estado. A gente tinha dificuldade quando, com o aumento da tabela, a gente conseguiu. Hoje, então, a gente tem recursos humanos suficientes e o pessoal que faz a equipe cirúrgica ganha, como ganha nos demais hospitais, que é o seu serviço profissional. Eles não têm vínculo empregatício com a gente, mas eles ganham por serviços profissionais. (Entrevistado 17)

A gente tem toda a facilidade. A gente tem a facilidade no gerenciamento das pessoas porque só fica aqui quem quer trabalhar. Aqui é bem diferente do que você vê aí fora, não é. (Entrevistado 18).

#### **4.3 - Os instrumentos tecnológicos necessários e disponíveis (equipamentos, materiais médico-hospitalares, contratos de manutenção)**

Segundo a Portaria Ministerial: *“a unidade de saúde deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, os quais possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular”*.

Os entrevistados no **Hospital A** destacam algumas dificuldades em relação ao cumprimento da exigência acima, considerando, especialmente, o excessivo manuseio dos equipamentos. Esta questão, após a certificação dos estabelecimentos hospitalares do Estado, como Hospitais de Ensino, deve estar se constituindo em um problema em todos os hospitais.

Além da dificuldade com pessoal, nós também temos, em relação à parte de equipamentos. Os equipamentos do hospital A eles, realmente, se quebram com muito mais facilidade, pela multiplicidade de usuários. Então, esta é uma dificuldade: ele quebra mais neste tipo de hospital; (Entrevistado 1)

E, no Centro Cirúrgico, a gente tem, além dessa dificuldade, a gente tem algumas outras situações relacionadas a equipamentos, estrutura física, de um modo geral, não é? É uma coisa, sobretudo as cirurgias cardíacas, nós estamos retornando, não é? As cirurgias cardíacas, no hospital, e essa coisa do equipamento, equipar essas cirurgias tem sido muito difícil, (Entrevistado 3)

Outro tópico que chamou a atenção durante as entrevistas foi em relação aos contratos de manutenção, mais precisamente, à ênfase que os entrevistados do **Hospital A**

deram para os custos de manutenção dos contratos e a carência da Bioengenharia nesta Instituição:

Os contratos das firmas, eles estão cada vez mais altos; eles cobram muito alto. O custo é muito alto e às vezes não tem aqui algum componente e manda buscar fora e atrasa. E quando atrasa, atrasa tudo e, principalmente, para o doente porque o doente fica represado (...). Os contratos de manutenção são muito caros. A gente faz tudo na base de projetos. (Entrevistado 1).

Quando questionados sobre a disponibilidade orçamentária, os entrevistados do **Hospital A** forneceram os seguintes depoimentos:

O problema é que a disponibilidade orçamentária vai mais para custeio de manutenção, não vai para a compra de equipamentos. Sabe, essa é a dificuldade de manter sempre para quando quebrar a gente ter outros. Então, os recursos são apertados. (Entrevistado 1)

Um contrato de manutenção desses é caro, não é? Essa indústria, esse material é fabricado fora do Brasil e os representantes nacionais não dão “colher de chá” (sic) nenhuma. A manutenção é paga regularmente tá certo? Isso na minha área de Hemodinâmica. Isto também é válido para outras, para Eletrocardiografia, então, quebrou, a gente deveria ter uma engenharia médica que desse a manutenção desse aparelho. Que a gente paga fora, então, tem que chamar o representante, tá certo? São coisas que precisam ser ajustadas. Bioengenharia é um ramo que é muito desenvolvido, em muitos Países (...) (Entrevistado 2)

O entrevistado acima destaca a importância do hospital possuir em seu quadro funcional engenheiros clínicos que possam fazer a prevenção e manutenção dos equipamentos da instituição reduzindo com isto os custos dos contratos de manutenção entre contratante (hospital) e contratada (empresa que vende o equipamento).

Quanto à disponibilidade dos materiais médico-hospitalares, o entrevistado 3 do **Hospital A** fez a seguinte colocação:

A gente não tem tido grande dificuldade. As nossas dificuldades são muito maiores com equipamentos que com insumos. Como válvulas para cirurgia, fios que a gente vem suprindo, mas que a gente ainda não conseguiu ter toda aquela organização.

Quanto ao **Hospital B**, questionou-se aos entrevistados se identificavam algum problema que dificultasse a realização dos procedimentos de ACCV. Observou-se que a maioria não apontou dificuldade quanto a este aspecto, procurando sempre demonstrar que o

hospital está muito bem equipado para realizar os procedimentos de Alta Complexidade Cardiovascular. Foram destacadas algumas partes das suas respostas sobre este tema:

Nós temos uma máquina de Hemodinâmica, de última geração, um investimento na ordem de 1 milhão e trezentos mil reais que permite fazermos todos os procedimentos na área endovascular. (Entrevistado 5)

A gente tem material de reserva. A gente sempre tem equipamentos. O bloco, não só a sala da cirurgia cardíaca, como outras salas, foram contempladas com equipamentos de excelente qualidade. Porque no momento em que acontecesse, porque pode vir a acontecer, no momento, e a gente poder substituir. Então, hoje a gente tem um bloco que atende várias cirurgias de alta complexidade. Então, a cirurgia cardíaca, no caso, não fica a desejar. E, assim, a gente tem trabalhado muito com equipamentos novos que foi a prioridade, foi contemplar o serviço de cardiologia. Então, dentro da Emergência, o monitor que a gente instala no paciente, dentro da Emergência Cardiológica, é o mesmo que a gente tem dentro da Coronariana, são os mesmos que a gente dispõe nos carrinhos de urgência. Tanto monitores, quanto cardioversores, a gente sempre trabalha num sistema de qualidade. Os Eletrocardiógrafos também são bons e são tudo assim. Ajuda! Então, a gente não deixa a desejar, de forma nenhuma, por ser um hospital que a gente trabalha SUS, a gente atende o paciente da mesma forma que os hospitais particulares. Assim, tem a oferecer. A gente não tem problema nenhum. (Entrevistado 7)

O entrevistado 8 considera razoável a disponibilidade de equipamentos do **Hospital**

**B.** Afirma que o Governo do Estado, agora, tem uma Secretaria que promove a compra de equipamentos. Na verdade, é a Engenharia Clínica que promove tal compra. Ele procurou chamar a atenção para dois aspectos relacionados aos equipamentos: um, relacionado à qualidade e à falta de instrução dos médicos para manuseá-los, adequadamente, e um outro é que as empresas não demonstram interesse na realização de treinamentos. Abaixo, estão transcritos trechos selecionados da fala do entrevistado 8, sobre esta questão:

Agora, o que ocorre é que, às vezes, esses equipamentos que chegam pra gente, eles não têm uma qualidade muito boa. Porque a gente não tem processos licitatórios bem montados. Às vezes, só leva em consideração o custo do equipamento e não as funções que ele desempenha ou quais são as diferenciações que ele tem, em relação aos outros do mercado. Agora, a gente quer saber é se o médico tem capacidade de operá-lo adequadamente. Por quê? Principalmente porque não há um treinamento para que os profissionais possam manusear adequadamente os equipamentos. As empresas não fazem um programa de aplicação de equipamentos continuados. Quando recebem, param de dar o treinamento. Na verdade, é o que a gente vê, na maioria dos casos.

Ainda em relação ao assunto acima abordado, o entrevistado 8 cita como exemplo os respiradores que possuem algumas funções que não são realizadas, porque o profissional não sabe utilizar, adequadamente, o equipamento. Vejamos as suas colocações:

Às vezes, você tem pacientes que têm falência múltipla de órgão e utilizam o respirador. Você tem algumas funções que não são desempenhadas, somente porque o profissional não sabe utilizar, adequadamente, o equipamento. Algumas modalidades ventilatórias que poderiam ser utilizadas. As informações, às vezes, eu coletei quando a gente é chamado, ao setor, pra prestar algum esclarecimento ou, então, quando dizem: o equipamento está quebrado e quando a gente vê, ele não está, é só o mau uso. Eu acho que o principal culpado, não é o médico. Acredito que seja uma aplicação falha dos equipamentos por parte das empresas que vendem.

Então, se você não dá condições de um médico utilizar o equipamento e usufruir o máximo dele, é deficitária essa instalação desse equipamento.

O entrevistado 8 discorre, outrossim, sobre os contratos de manutenção, destacando o alto custo destes e a importância da Engenharia Clínica na redução destes contratos. Sobre este tema, assim, se manifesta:

Bem, aqui no hospital, a maioria dos contratos são realizados com as empresas que vendem os equipamentos, ou seja, são assistências técnicas autorizadas. Por esse motivo, a gente vê que é de qualidade. Às vezes, é lógico, fazendo sempre a consideração na qualidade do equipamento, normalmente, quando o equipamento é de qualidade, a manutenção dada, quando a gente formaliza um contrato, é de qualidade também. Mas, evidentemente, que tem casos bastante complicados, onde o custo da manutenção, às vezes, chega à metade do preço do equipamento. E isso não é viável para o hospital. Acho que essa é a principal motivação do nosso trabalho, aqui. Que é verificar se os orçamentos estão dentro do padrão de conformidade, de regularidade de contas do hospital. Você poder pagar uma coisa que, realmente, é justa. Lógico que a gente não quer tirar o lucro das empresas que fazem os contratos de manutenção. Agora, que também não causem danos ao sistema. É complicado.

Normalmente, os contratos de manutenção são muito caros. Para você ter uma idéia de quanto é importante uma Engenharia Clínica do hospital. A gente aplicou a Engenharia Clínica, aqui, desde abril do ano passado. A gente, até agora, já fez uma redução, em contratos de manutenção, na ordem de 40%. Que, às vezes, a gente vê que a manutenção não faz. Você tem um contrato que é de manutenção preventiva, que é para o pessoal da assistência técnica vir e fazer uma rotina de inspeção dos equipamentos que não é cumprida. Então, nesse caso, a gente cancela esses contratos. Hoje, os contratos que são mantidos pela Instituição conseguem atender, adequadamente. Você vê que a gente não está tendo muitos problemas de intercorrências de manutenções continuadas dos equipamentos. Não! Isto é um ponto positivo. Você ter contratos de manutenções com empresas de qualidade que realizam serviços de qualidade.

O entrevistado 7 relatou que não enfrentam dificuldades em relação à disponibilidade de medicamentos:

Não. Não falta! Isso aí a gente não tem dificuldade nenhuma. Então, assim, tudo é planejado, para que os procedimentos sejam realizados. Que nada falte para o paciente. Então, se acontecer, na hora do preparo do pré-operatório ou até antes do paciente entrar na sala e, for observado que falta alguma coisa, a cirurgia é suspensa, de imediato, para que nada assim, depois do paciente estar operado, a gente tem que dar condições.

Como os entrevistados foram unânimes em ressaltar que o **Hospital C** não apresentava nenhuma dificuldade para a implementação da PNACVAC, considerou-se também que o mesmo ocorre quanto aos aspectos relacionados aos instrumentos tecnológicos necessários para esta implementação.

Cabe destacar, a propósito, as afirmações feitas pelo entrevistado 12, quanto à infra-estrutura do **Hospital C** e sobre os contratos de manutenção:

Foi construída uma estrutura que não esperava que fosse ter um atendimento tão grande, como tem hoje. Então, o que acontece, hoje, no hospital: nós temos um controle de manutenção preventiva e corretiva. Então, nós estamos sendo certificados na ISO, no Bloco Cirúrgico, na UTI e no CMF. E a manutenção entrou também na certificação. Por quê? Porque a gente parte da coisa. Você faz parte de todo o processo do hospital. A manutenção tem que estar dentro. Mas a gente tem um controle muito grande em manutenção preventiva. Então, o Bloco Cirúrgico sempre está em ordem. A UTI sempre está em ordem. A Coronária sempre está em ordem. Você não tem falta nenhuma. Então, mesmo porque a Diretoria sempre te dá um suporte para o que você precisar; para você implantar. Nessa infra-estrutura de Bloco de UTI você vai encontrar toda a estrutura.

Segundo os entrevistados, o **Hospital D** apresenta uma excelente infra-estrutura, com equipamentos novos e sofisticados, com qualidade e quantidade suficientes para atender aos requisitos da Portaria Ministerial. Isso pode ser observado nos depoimentos dos entrevistados, abaixo selecionados:

Eu tenho, na parte da Hemodinâmica, três (03) máquinas completas: uma de cada marca. Uma Philips, uma (...) e uma GE. São três máquinas completas, três salas completas só para fazer a Hemodinâmica. É aonde eu faço o meu SUS, eu faço o meu convênio, eu faço o meu particular. Não tem áreas, aqui, separadas não. Tudo é um processo único para atender os pacientes. Então, é um hospital totalmente, uma infra-estrutura toda montada que atende, totalmente, essa demanda. Não temos problemas nenhum. (Entrevistado 13)

O depoimento seguinte do entrevistado 16 revela a sua opinião sobre a disponibilidade de equipamentos e sobre os contratos de manutenção:

O hospital está situado em nível 1 na Política de Qualidade. Dispõe de profissionais capacitados e credenciados a atuar em cada área de especialização. No aspecto físico, dispõe de setores equipados com equipamentos para desenvolver atendimento de alta complexidade. A gestão de tecnologia de equipamentos médicos é tratada com profissionalismo pelo Departamento de Engenharia Clínica. A Política de Qualidade da Instituição é desenvolvida pelo Departamento de Qualidade.

O Departamento de Engenharia Clínica dispõe de todos os equipamentos cadastrados como situação ativo e inativo. Acompanha sua manutenção preventiva

e corretiva, bem como calibração articulado com o setor de cardiovascular. (Bloco Cirúrgico, URCT, UCO, Hemodinâmica).

Todos os contratos são controlados e acertados com a Engenharia Clínica. Programa de Calibração, Programa de Manutenção Preventiva, periodicidade conforme fabricante e Programa de Manutenção Corretiva.

Levando em consideração os depoimentos, conclui-se que o **Hospital D** não apresenta problemas para implementação da PNACVAC. Em relação às dificuldades do **Hospital D**, os entrevistados 13 e 14 fazem as seguintes considerações:

Eles vêm preparados de outros hospitais. A gente apenas releva a data de fazer o procedimento. Às vezes eles vêm com problemas, com infecções já nosocomiais, infecções hospitalares, porque vem de outros hospitais, com tempo de permanência longa em outros hospitais. Essas coisas e a gente não pode selecionar esse paciente. Tem o Centro de Referência que encaminha os pacientes para nós e a gente atende de acordo com essa demanda. Então, isso é uma das dificuldades que a gente tem. Às vezes pega o paciente que fica com dificuldade de rodar, que passa muito tempo dentro da UTI, muito tempo para ter alta de leitos e, aí, a gente não tem a capacidade de fazer mais procedimento, por causa do tipo de paciente que chega para nós. Além de ser de alta complexidade, também são pacientes com muitos problemas de saúde. É o paciente diabético, é o renal, quer dizer, tem situações de dias típicos que a gente resolve, então, muitas vezes, com frequência intercorrências desse tipo. Então, a dificuldade é mais pelo tipo de paciente; (Entrevistado 13)

As dificuldades do Hospital D não são operacionais. Não existe em relação a insumos. As dificuldades estão aí, por exemplo, em que os pacientes têm que ser agendados. Você não pode entrar pela porta da Emergência. Eles têm que trazer uma AIH autorizada e essa autorização é obtida nos Centros de Alta Complexidade, em outro hospital. Os pacientes mais graves que vêm ou com situações clínicas que requeiram o tratamento, ou antes, ou depois dos procedimentos, eles não podem fazer lá. Eles têm, no máximo, 6 horas. Eles ficam no hospital e depois têm que sair. Um paciente desse quando precisa de uma UTI, por exemplo, do Hospital, não tem como receber. Se receber, não tem como. Essa coisa não é remunerada e de modo que fica meio difícil, fica meio seletivo para pacientes que vêm caminhando e, depois dos exames, possam sair caminhando. Esse é o principal problema. Porque o restante, em relação aos procedimentos intervencionistas, que o SUS autoriza do Hospital, tem um arsenal amplo e tal. A gente pode usar tudo e consegue cumprir o que a Portaria exige, sem nenhuma dificuldade, com pequenas coisas. Por exemplo, se você num procedimento que você tenha que usar dois stents, (o máximo que você pode usar), e há procedimentos que você precisa usar três, se você precisar usar três, alguém tem que responder por isso ou justificar ou senão não é pago. Mas isso não é uma coisa excepcional (...) (Entrevistado 14)

Quando o paciente vem do hospital público, que vem do interior, porque praticamente a gente não atende nem só a demanda do Estado. Todo o Nordeste manda pra cá. As vezes, o próprio Norte. Eu tive um telefonema do Acre: se eu podia atender uma criança de lá. Quer dizer, é uma carência muito grande e a gente fica como Hospital de Referência para toda essa área do Norte e Nordeste. Praticamente, antes tudo iria para São Paulo e, hoje, uma grande parte desses tratamentos, fora dos domicílios, vem para cá. Porque sabem do Parque Tecnológico que a gente tem aqui no Hospital. (Entrevistado 14)

Outro aspecto, que também foi considerado como um problema pelo entrevistado 13, diz respeito ao baixo valor pago pelo SUS aos procedimentos realizados. Estes problemas são considerados pontuais e foram destacados por alguns dos entrevistados, porém, não são considerados de relevada importância. O trecho, selecionado abaixo, discorre sobre este fato:

Então, a dificuldade é financeira. Pelo quanto a gente recebe para fazer um procedimento (...)

Então, basicamente, os dois problemas seriam em relação à origem do paciente e o déficit financeiro (...). Eu não recebo (...). Você tem um Hospital Público. Então, você recebe uma ajuda de 5 milhões para administrar seu hospital. Para ver o que você pode fazer. Eu não! Eu, apesar de ser beneficente, talvez porque (...) aqui a gente não recebe nenhum apoio financeiro. A gente recebe pela tabela SUS. Se eu fizer aquilo, o SUS paga tanto por aquilo. Eu recebo quinhentos reais para fazer um cateterismo cardíaco e gasto muito mais do que dois mil reais.

O entrevistado acima declara que a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) não remunera, adequadamente, os procedimentos de alta complexidade cardiovascular. Cabe o questionamento: por que do credenciamento como prestadores de serviço em Alta Complexidade Cardiovascular do SUS? Formenti 2008, busca resposta ao afirmar que “*o interesse de administradores hospitalares é despertado, principalmente, pelos valores repassados para cirurgias cardíacas, bem mais atrativos do que os repassados para operações também de grande porte, mas de outras áreas*”. E, conclui: “*Não podemos dizer que a cirurgia cardíaca dá lucro. Mas, comparada com outros procedimentos, pode ter suas vantagens, desde que o paciente não tenha complicações*”.

Os entrevistados, no **Hospital E**, relataram não encontrar dificuldades a respeito desse tópico, conforme podemos observar nas seguintes declarações:

Aqui, você tem tudo. Como aqui você tem tudo, tudo o que precisa, a questão da órtese, da prótese, a gente também não tem dificuldades. A gente sempre negocia com nossos fornecedores. A gente compra em volume. A gente faz muito (...) (Entrevistado 17);

Dentro da estrutura do Hospital E, a gente não tem problema. Então, tudo, tudo o que o paciente necessita, do mais simples ao mais complexo, a estrutura é completa de material para cirurgia. Para cirurgias cardíacas, para o paciente na UTI, para o paciente a nível de ambulatório, eco, teste ergométrico, eletros, os exames laboratoriais (...) (Entrevistado 17);

Quanto aos contratos de manutenção, o entrevistado 20 fez a seguinte declaração:

Assim, é super bem equipado, hoje, os equipamentos que a gente tem aqui, não fica devendo para nenhum hospital do Recife. São equipamentos muito bons. São equipamentos de ponta, gerenciados por mim. Esses equipamentos não têm contratos de manutenção porque nós temos uma Engenharia Clínica. O que a gente vê que dá para consertar, a gente conserta aqui (...). Os contratos formalizados de manutenção a gente só tem no caso dos equipamentos de maior complexidade (...)

#### 4.4 - Recursos diagnósticos e terapêuticos

A Portaria Ministerial define que *“a Unidade de Imagenologia deverá possuir: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, equipamento de radiologia portátil, Ecodopplercardiografia Transtorácica, Ecodopplercardiografia Transesofágica, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética”*.

Considerando o teor da Portaria, a fala do entrevistado 2, do **Hospital A**, deixa clara a dificuldade de atender a exigência acima:

Dificuldades também na área clínica, em exames, por exemplo, exame de Holter, mapeamento de pressão ambulatorial ou arterial, o próprio Eco nosso, é muito antigo. É um eco fixo que não vai para a UTI.

Sobre a questão da disponibilidade dos Recursos Diagnósticos e Terapêuticos, o entrevistado 1 ressalta os pontos considerados, os mais representativos, nas dificuldades da implementação da PNACVAC. Um aspecto importante é a não existência de Unidade Coronariana, ainda que o hospital disponha de leitos próprios para doentes coronarianos clínicos ou em pós-operatório.

Não tem Unidade Intermediária, ou seja, uma Unidade Coronariana. A gente poderia atender à Portaria. A gente poderia ter mais tranquilidade se tivéssemos uma Unidade Coronariana.

A gente não tem uma Urgência 24 horas. A gente só tem o SPA que funciona até as 16:00 da tarde. A gente tinha dificuldade, até mesmo pela Portaria, de atender essa exigência porque o doente não tem hora. A Hemodinâmica também não funciona 24 horas. Então, a gente teve que fazer um projeto de construção de Unidade de Emergência e que já foi aprovado. Os valores já foram aprovados pelo Ministério da Saúde e ficamos com esta dificuldade realmente de atender nas 24 horas.

De acordo com o que foi exposto acima, se depreende que o doente é atendido pelo plantonista, pelo uteísta e pelo pessoal da cardiologia que fica de plantão nas Enfermarias. Dessa forma, o **Hospital A** cobre, de maneira não muito efetiva nem muito real, o doente

cardíaco. Este fato se mostrou como uma grande dificuldade, porquanto não possuir uma urgência, implica em tornar, ainda mais complicado, o acolhimento, a recepção do paciente cardíaco emergencial, pois, se for operado nesta Instituição e tiver alguma complicação à noite, não dispõe de especialistas para o atendimento emergencial e o doente tem que ser encaminhado para uma Unidade Cardíaca, fora.

Quanto ao item “recursos diagnósticos e terapêuticos, todos os entrevistados convergem para a mesma opinião, ressaltando que o **Hospital B** está muito bem equipado:

Assim, hoje nós temos a Hemodinâmica. A máquina é uma das melhores. Ela atende os vários procedimentos como a angioplastia. Então, a gente não pode se queixar disso.

Estamos aguardando os aparelhos de holter, o aparelho de mapa, o aparelho de monitorização residencial para poder (temos gente qualificada para isso), para poder a gente oferecer isso a população. Temos até sala para fazer isso. Já conseguimos também o ergoespirômetro que foi uma coisa que a gente batalhou muito para os pacientes internados ou até mesmo um ou outro paciente externo que já seja nosso também. Com isso, a gente tem é (...) a cirurgia endovascular. Nós temos o especialista para colocar o stent.

Então, hoje, só pra você ter uma idéia, o único lugar que se bota marcapasso, no Estado de Pernambuco, é aqui, no Hospital B. Então, isso representa, por si só, alguma coisa. Não precisa dizer mais nada, não é?

Os entrevistados, nos **Hospitais C e D**, não mencionaram qualquer problema em relação a Recursos Diagnósticos e Terapêuticos, para a implementação da PNACVAC.

O entrevistado 17, no **Hospital E**, também opina sobre esse item:

Não temos nenhuma dificuldade em relação a esta questão. Ao contrário, esta instituição está sempre avançando e melhorando.

#### **4.5 – A Produção de Serviços ou o cumprimento das metas propostas**

A Portaria nº. 210 estabelece as metas que devem ser alcançadas pelas instituições hospitalares credenciadas como Unidades de Assistência ou Centros de Referência em serviços de Alta Complexidade Cardiovascular.

No entanto, os problemas relacionados à escassez de recursos humanos, equipamentos, contratos de manutenção, recursos diagnósticos e terapêuticos, colocados pelo grupo entrevistado, no **Hospital A**, se reflete na produtividade e, conseqüentemente, no

cumprimento das metas estabelecidas. Vejamos alguns trechos de fala dos entrevistados que evidenciam as dificuldades de atingir as metas propostas para algumas sub-especialidades:

As principais dificuldades encontradas para atender às exigências da Portaria para Cardiovascular se referem muito mais ao quantitativo de procedimentos realizados. A gente não tem conseguido bater as metas. A gente tem tido, realmente, um índice elevado de suspensão de cirurgias. Nós nos comprometemos, na última reunião com a Secretaria Estadual de Saúde, em atingir as metas para não perder o credenciamento. Então, agora, o Hospital está passando por novas contratações, adequação das salas de cirurgias para que a gente consiga bater as metas. (Grifo nosso); (Entrevistado 3)

Então, a gente ficava limitado para alcançar as metas de 04(quatro) cirurgias semanais. Por quê? Primeiro, a gente tinha que ter mais pessoal, mais cirurgião cardíaco operando e ter mais leito de reserva da UTI. Então, como estava uma coisa acoplada à outra, quer dizer, a gente tinha o pedido de ampliação da UTI que não dependia da gente, nós cumprimos o projeto. O projeto foi aprovado, do ponto de vista técnico; aprovado do ponto de vista orçamentário e ficou a parte de liberação de recursos, que não dependia da gente; (Entrevistado 1)

A parte de pessoal, a gente tinha como contratar. Mas, o salário que oferecíamos não era atraente. Então, ficamos limitados, realmente, em não cumprir as metas de 04(quatro) cirurgias, de 04(quatro) procedimentos cirúrgicos semanais(...) (Entrevistado 2)

Mas, na Cardiologia Intervencionista, nós fizemos, durante o ano de 2007, 1.474 procedimentos. A Eletrofisiologia teve 03(três). Porque é, não sei. Porque a política do hospital não estimulou. Talvez, por uma questão de medo, porque a Eletrofisiologia traz um retorno muito bom do SUS. Mas, tem que haver um investimento inicial. Então, e aí as pessoas vão, saem, um exemplo, bem claro, uma pessoa daqui que está fazendo as coisas fora; (Entrevistado 2)

Nós voltamos a ter cirurgia cardíaca, no hospital, dentro de um projeto inicial de 02(duas) cirurgias por semana. Isso foi feito com extrema dificuldade e com barreiras seqüenciais. Nós, a partir do dia 06 de março, vamos ter 03(três) cirurgias por semana, o que, no universo nacional, por exemplo, na cidade de São Paulo, há hospitais que fazem 20(vinte) cirurgias por dia. Vamos fazer 03(três) por semana. Então, é uma proporção fácil de você analisar. (Entrevistado 2)

O entrevistado 2 do **Hospital A** informou que foram realizadas, em média, 12 cirurgias cardíacas mensais ou 144 anuais em 2007.

Neste aspecto, dois entrevistados do **Hospital B** afirmaram que realizam duas (02) cirurgias cardíacas, por semana, e que não consegue aumentar esse número por causa da deficiência de recursos humanos:

Porque a gente faz é, acontecem 02 (duas) cirurgias semanalmente, nas terças e quintas, todas as terças e quintas em média de 08 (oito) a 10 (dez) cirurgias mensais, mas a gente não tem como aumentar o número disso porque a gente tem deficiência de médico para o pós-operatório. E o quantitativo de técnico de enfermagem, que a gente trabalha com 02(dois) técnicos no plantão noturno por questão de revezamento de horário e 01(um) no plantão diurno. E isso dá pra gente

atender 01(um) único paciente no pós-operatório imediato e a enfermeira plantonista.

O entrevistado 9 do **Hospital C** ressalta que o não cumprimento das metas estipuladas pela Portaria se deve a baixa remuneração dos procedimentos pagos pelo SUS:

Quanto aos procedimentos, nunca chegou a cumprir, por conta da remuneração. Tem apenas uma equipe para cirurgia cardiovascular e se fosse fazer a quantidade que o SUS paga (...). Em relação ao cumprimento de metas e procedimentos, o SUS determina uma meta para que as entidades credenciadas para alta complexidade cumpra. Na realidade, a gente nunca chegou a cumprir, por conta dessa remuneração. Tem apenas uma equipe para cirurgia cardiovascular. E, se fosse fazer a quantidade de cirurgias que o SUS exige, na Portaria, que se faça, eu não teria condições de operar pacientes de outros convênios, da Rede Suplementar de Saúde.

Vejamos o depoimento do entrevistado 13 sobre o cumprimento das metas preconizadas pela Portaria para alta complexidade cardiovascular:

O Hospital D realiza uma faixa de 120 cirurgias mês, mais uns 30 procedimentos hemodinâmicos e angioplastias, através de AIH e através de exames. Mais uns 60 cateterismos, através de APAC.

De acordo com o entrevistado 19 do **Hospital E**, o mesmo consegue atingir as metas preconizadas pela Portaria sem maiores dificuldades. Mais do que isso, consegue realizar um número de procedimentos que extrapola o estipulado pela Portaria.

Na realidade, a gente consegue atingir as metas sem muitos problemas. O Hospital E é referência para muita coisa e existe uma demanda enorme para isto. Então, esse não seria o nosso problema. O atingimento de metas não é o nosso problema. Às vezes, eu acho que é até um pouco do excesso. Então, a gente tem Enfermaria de Cardio que, às vezes, está lotada e eu tenho um paciente cardiopata que eu não consigo botar pela Alta Demanda. A equipe de Cardio vai ver esse paciente em outras estruturas do hospital, eles fazem cirurgias (...) (Entrevistado 19).

Segundo o entrevistado 17, o **Hospital E** teria condições de realizar mais cirurgias cardíacas por mês. Porém, a demanda excessiva de pacientes cardíacos torna-se um fator limitante. Observemos o seu depoimento:

Em relação à implementação, a dificuldade é essa. Esse excesso de demanda e com essa sobrecarga dos pacientes mais graves. Antigamente, a gente atendia uma quantidade enorme de cirurgia, por exemplo. Hoje, a gente chegou aqui ao ponto de fazer 20 cirurgias cardíacas por mês. Era a demanda da gente. Hoje, nós não estamos conseguindo fazer. Nós estamos fazendo uma média de 16. Por quê? Porque esses pacientes estão chegando aqui, pra nós, mais complicados. São pacientes que requerem mais dias de UTI. Nós temos, na nossa UTI, essa questão de estrutura. Nós temos quatro leitos reservados só para o paciente cardíaco. Mas, mesmo assim, esse paciente, quando complica, demora mais no leito. Então, o que geralmente ocorre é que a gente não está conseguindo cumprir. A gente já fez mais. A gente fazia coisas

mais simples. Hoje, a gente faz coisas muito mais complicadas, não só do Estado daqui, como também dos outros Estados.

Chama atenção a questão da demanda excessiva segundo os depoimentos dos entrevistados dos Hospitais D e E, relacionados a concentração de pacientes cardíacos que chegam para ser atendidos nestas instituições hospitalares. Apesar dos entrevistados demonstrarem satisfação com a estrutura que os mesmos possuem, em função da tecnologia avançada para o atendimento de pacientes cardíacos, há todavia uma falha no sistema. A mesma se refere à sobrecarga de pacientes nos serviços de alta complexidade cardiovascular vindos do interior e até mesmo da capital. O que representa uma falta de organização da assistência à saúde, o que fere os princípios da universalidade do acesso, da integralidade e da equidade propostos pelo SUS.

Questão essencialmente ligada ao papel do gestor estadual tendo em vista a avaliação das metas alcançadas pelos hospitais credenciados é sua capacidade de regulação, entendida como a força política de aferir e decidir conforme a legislação vigente. Nesse sentido, o entrevistado 21 fez a seguinte declaração:

Esse desempenho é muito variável. A gente identifica Unidades que tem um desempenho bem além de 100% daquilo do que programou e Unidades com desempenhos muito frágeis. Infelizmente, algumas dessas Unidades, unidades até públicas, com desempenhos muito abaixo do que deveria ser. Mas, como eu falei, mesmo aquelas que têm o desempenho de 100%, elas funcionam como se fossem uma estrutura autônoma e com pouca gerência da regulação dentro dessas Unidades. Isso gera muitos conflitos. Isso gera muitos problemas. As vezes, algumas Unidades acabam escolhendo alguns problemas no rol de procedimentos que tem que realizar aquilo que lhe é mais conveniente ou que ela, bem, até que lhe seja até mais rentável ou então, que ela tenha maior capacidade técnica para realizar. Mas, a gente sabe que quando ela se habilita ela tem diversos grupos de procedimentos que elas são obrigadas a cumprir e também com um número mínimo de serviços que precisam ser realizados. Então, esse desempenho é muito frágil, tanto quantitativo, quanto qualitativo esse controle da regulação. Mesmo aqueles que realizam bastante, mas não estão sob as nossas rédeas, a regulação é a garantia do acesso para os pacientes que estão dentro, necessitando dos serviços.

Os que têm um desempenho fraco, geralmente são algumas Unidades públicas, algumas delas, por pouca gerência da Secretaria Estadual dentro destas unidades. Nós fizemos uma série de rodada de reuniões com estes serviços, colocando a necessidade realmente de que eles produzam a quantidade mínima de serviços aos quais eles se propuseram a fazer. Outra coisa que eu acho que é muito importante também, é que quando a Unidade se habilita para a Alta Complexidade, para compor uma Rede de Alta Complexidade, ela não está habilitada apenas para cumprir apenas a Alta Complexidade. Tem uma série de procedimentos, até muito maiores, de Média Complexidade, que compõem a integralidade da assistência. E, na maioria das vezes, principalmente quando se trata de unidades privadas, elas não

ofertam o que deveriam ofertar e é um embate muito grande do gestor público com essas Unidades. Então, procedimentos de Alta Complexidade: a cirurgia, a cirurgia cardíaca, o procedimento de hemodinâmica, o procedimento de eletrofisiologia, estes são interessantes e são feitos. Bem como: a consulta do cardiologista, o Holter, o eco, o teste ergométrico, então, tem uma série de outros procedimentos que eles são obrigados, pela Portaria, a fazer e que, de fato, não cumprem uma parcela mínima aceitável. E, termina o gestor estadual, às vezes, se tornando refém dessa situação porque isto nos daria o direito até de desabilitar alguns desses serviços. Mas, por outro lado, se nós o desabilitarmos, a gente corre o risco também de abrir uma lacuna, ainda maior, na assistência ao paciente, principalmente, dos procedimentos da Alta Complexidade. Então, essa é uma situação que o Estado precisa ainda avançar na negociação, na discussão com estes prestadores. Então, às vezes, há um número elevadíssimo, um percentual de realização dos procedimentos grandes na Alta Complexidade, mas quando você vai para a Média Complexidade, isto está muito aquém do que deveria estar sendo realizado. Isto é muito ruim, porque é aquilo que eu falo, se nós estivéssemos realmente regulando isto aí, a gente estaria regulando de forma equânime, de forma universal. Mas, como termina funcionando como ilhas isoladas, então, começam a fazer só aquilo que tiram da Portaria. Dentre as determinações, apenas, aquilo que lhe é conveniente. Isso não é bom para a Rede do Sistema Único de Saúde.

Segundo o entrevistado acima, existe uma dificuldade na realização da Regulação Assistencial na Atenção de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Pernambuco. A regulação, quando realizada, favorece a organização e a oferta de serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde por promover os princípios da equidade e da integralidade. O entrevistado deixa claro a necessidade de que se aumente o grau de controle da gestão estadual sobre os serviços de alta complexidade cardiovascular em todos os hospitais credenciados como Unidades de Assistência ou Centros de Referência.

Outro aspecto abordado pelo entrevistado se relaciona à remuneração de procedimentos da tabela SUS, a qual parece induzir a preferência dos prestadores por atendimentos de alto custo. Esta prática demonstra o interesse dos prestadores de serviço pela parte remunerativa dos serviços pouco importando os aspectos assistenciais. Daí a necessidade de melhor controle e avaliação dos procedimentos realizados por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Esta realidade se mostra perversa porque atinge sempre os mais carentes de recursos e os mais necessitados de serviços especializados. Faz-se necessário a ruptura desse sistema dominante de prestação de serviços de saúde por trazer em seu bojo os vícios de um passado

caracterizado por práticas hegemônicas que privilegiavam os empresários da saúde, em detrimento da democratização do acesso a esse bem maior do ser humano que é a vida.

## 5. Considerações finais

---

As percepções sobre a implementação da PNACVAC nos hospitais investigados foram diferentes segundo a natureza do prestador. Entretanto, a quase totalidade dos profissionais entrevistados nas instituições públicas tem o entendimento de que os recursos humanos são a principal dificuldade para a implementação da PNACVAC.

Já o entendimento dos profissionais das instituições filantrópicas e privada é o de que essas não possuem problemas significativos para a implementação da política. Na visão dos seus dirigentes, elas conseguem alcançar as metas estabelecidas pela portaria nº. 1.169/GM sem maiores dificuldades.

Porém, quando observado o quadro de produção de metas, percebe-se que há, sim, problemas em relação ao cumprimento das mesmas em todas as instituições pesquisadas. Há de se destacar a heterogeneidade da produtividade entre os prestadores públicos e privados, observando-se produção excessiva e concentração de determinados procedimentos em uns, como por exemplo, a cirurgia cardiovascular adulta (em um caso correspondendo a mais de 500% do que o previsto!!!) e a cardiologia intervencionista. Também se observou o insuficiente número de procedimentos em todas as sub-especialidades realizados pelas instituições exclusivamente públicas; e uma quase escassez de procedimentos no âmbito das sub-especialidades de cirurgia vascular e eletrofisiologia, seja nos estabelecimentos exclusivamente públicos, nos filantrópicos ou no privado conveniado.

METAS	CIRURGIA CARDIOVAS.	CIRURGIA PEDIÁTR.	PROCED. INTERV.	PROCED. ENDOV. EXTRACAR.	CIRURGIA. VASCULAR	LAB. DE ELETROFISIOLOGIA
	15 atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 anuais de A.C	10 atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 anuais de AC	12 proced. Terapêuticos mensais ou 144 anuais de AC	10 atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 anuais de AC	15 atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 anuais de A.C	No mínimo de 60 procedimentos anuais de AC
INSTITUIÇÕES						
HOSPITAL A	45	-	56	57	15	04
HOSPITAL B	63	-	-	-	-	-
HOSPITAL C	42	02	280	-	-	-
HOSPITAL D	942	115	214	-	01	-
HOSPITAL E	145	157	193	262	06	-
HOSPITAL F	100	18	06	06	04	-
TOTAL	1.307	292	749	325	35	04
Percentual de Produção	66%	44%	74%	135%	5%	3%

Quadro 10 - Metas alcançadas pelas instituições investigadas no ano de 2007  
Fonte: SES/PE, 2007

INSTITUIÇÕES	CIRURGIA CARDIOV.	CIRURGIA PEDIÁTR.	PROCED. INTERV.	PROCED. ENDOV. EXTRACAR.	CIRURGIA. VASCULAR	LAB. DE ELETROF.
	Valor Total	Valor Total	Valor Total	Valor Total	Valor Total	Valor Total
VALOR						
HOSPITAL A	203.141,33	-	264.341,50	311.699,19	33.997,06	15.536,02
HOSPITAL B	319.241,11	-	-	-	18.342,23	-
HOSPITAL C	172.531,88	-	1.309.589,99	-	-	-
HOSPITAL D	3.737.286,64	322.284,33	942.924,79	-	1.732,24	-
HOSPITAL E	287.942,22	370.094,19	807.473,02	1.262.390,18	12.059,16	-
HOSPITAL F	352.773,51	87.505,62	21.098,31	48.098,06	10.669,21	-
TOTAL	5.072.916,79	779.884,14	3.345.427,40	361.060,18	76.799,90	15.536,02

Quadro 11- Valores dos Repasses para as instituições pelos Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade executados em dezembro de 2007  
Fonte: SES/PE, 2007

Em decorrência dos dados apresentados no quadro 10, também os repasses de recursos pelo gestor estadual para pagamento dos atos de alta complexidade cardiovascular realizados pelos estabelecimentos credenciados, vão estar notavelmente concentrados em dois deles.

É mais do que oportuno ressaltar o caso da eletrofisiologia, pois sua baixa produtividade se constitui em um grave problema para a implementação da PNACVAC no Estado de Pernambuco. Esta questão merece atenção especial, porquanto os hospitais credenciados para essa sub-especialidade não estão conseguindo dar cobertura aos pacientes que necessitam desse tipo de serviço. Note-se que este problema não é recente, pois Santa Cruz (2006), em seu trabalho de pesquisa sobre a organização da Atenção de Alta Complexidade Cardiovascular em Pernambuco, já havia chamado a atenção para o pequeno número de procedimentos realizados nesta sub-especialidade no ano de 2005.

Curiosamente, os procedimentos de cirurgia cardiovascular, tanto de adulto como pediátrica, são os mais bem remunerados pela tabela do SUS. Os tetos de assistência financeira para cirurgia cardiovascular adulto variam da ordem de R\$ 3.588,20 até R\$ 6.369,95 enquanto para a pediátrica o maior valor é de R\$ 8.036,32. Por sua vez, os valores pagos para os procedimentos de cirurgia vascular e eletrofisiologia não são tão significativos quando comparados aos demais.

Face aos resultados obtidos e à síntese da análise realizada, o déficit de pessoal qualificado apareceu como um importante problema, a partir dos depoimentos dos entrevistados das instituições públicas.

Para Campos (2008), uma das atividades profissionais que mais se deprecia no Brasil é a dos recursos humanos encarregados da assistência à saúde da população, particularmente nas instituições públicas. Sai governo, entra governo e a situação não muda. Não se criam as respectivas carreiras, não se investe na qualificação, não se definem quadros de pessoal, não se oferece salário à altura da relevância social das profissões nem dos pesados deveres que recaem sobre os trabalhadores da saúde.

O artigo publicado pela Somerj (2003), considera que a escassez de recursos aliada à falta de uma política de recursos humanos está expulsando os médicos do sistema. Hoje, cerca

de 70% dos 320 mil médicos do país têm vínculo direto ou indireto (trabalhando em hospitais e clínicas conveniados) com o SUS.

Outra questão relacionada a recursos humanos diz respeito às terceirizações. Grande parte das instituições públicas, no país, lança mão desta forma de contratação para suprir a carência de pessoal em seus quadros efetivos.

No entanto, tal como exposto por Bravo (2006) e em um documento do CEBES (2006), a sub-remuneração e precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais e dos estabelecimentos prestadores de serviços são reflexos do baixo financiamento do SUS. Este último é considerado por Carvalho (2002b) e por Campos (2007) como o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais na execução das políticas públicas de saúde.

Diante do exposto, acreditamos que o aumento dos salários e a valorização dos profissionais poderiam criar o suporte ideal para as unidades hospitalares que, assim, estariam em condições de atender e prestar serviços de boa qualidade aos pacientes.

Em relação à disponibilidade de recursos tecnológicos, é visível a necessidade de investimentos em equipamentos, como também na manutenção dos mesmos. É importante destacar o impacto da existência de um setor de engenharia clínica nos hospitais, em alguns casos, como referido na Apresentação dos Resultados, reduzindo em até 40% os custos com contratos de manutenção. Ao que parece, considerando os altos lucros obtidos com os contratos de manutenção, as empresas que produzem os equipamentos não teriam interesse em propiciar treinamentos para o corpo técnico dos hospitais, preferindo manter a dependência dos mesmos aos referidos contratos, seja para assegurar o fornecimento de componentes “fabricante-específicos” ou a manutenção preventiva e/ou corretiva.

De todo o exposto, duas questões muito especiais saltam à vista: de um lado, o descompasso entre a necessidade projetada de cobertura populacional para assistência em alta

complexidade cardiovascular e a efetivamente alcançada desde a implantação da PNACVAC no Estado de Pernambuco em 2005.

Por outro lado, o problema da regulação pelo gestor estadual, a qual aparece como incipiente, favorece a lógica dos interesses particularistas (quase sempre economicamente poderosos) em detrimento das normas universalistas de orientação das políticas públicas.

Segundo Santos e Merhy (2006), a regulação no Sistema de Saúde Brasileiro poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle.

Convém observar que a tabela de remuneração para os procedimentos de alta complexidade em cirurgia cardiovascular oferece os melhores valores quando comparada aos demais tipos de serviços. Esta realidade é destacada por Santos e Merhy,(2006), quando consideram que o pagamento por produtividade pelos atos operatórios realizados direciona para uma lógica de produção de atos isolados e de maior custo.

A questão acima nos leva a considerar a necessidade de intervenção do Estado nos processos de prestação de serviços, com o objetivo de alterar ou orientar a sua execução. Para Castro (2002) apud Santos e Merhy (2006), quando não estão dadas as perfeitas condições de competição, ocorrem as “falhas de mercado”.

Neste contexto, podemos observar que, no ano de 2007, houve uma forte presença do setor filantrópico na realização dos procedimentos de alta complexidade cardiovascular e, conseqüentemente, foram as instituições que mais receberam recursos financeiros do SUS neste tipo de atenção, conforme podemos observar no quadro 11.

Dessa forma, pode-se concluir que, de um modo geral, as instituições investigadas não estão respondendo bem a implementação da PNACVAC. Esta afirmação busca chamar a atenção para a necessidade de estratégias de regulação e controle da Atenção de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Pernambuco.

## **5.1 Limitações do Estudo**

O presente estudo, de natureza qualitativa e caráter exploratório, possui limitações inerentes às suas técnicas, plausíveis em sua condução e reconhecidas pela pesquisadora.

Por se valer de uma técnica de coleta pouco estruturada, as entrevistas, as análises, podem estar impregnadas de certa subjetividade nas interpretações, já que dependem da capacidade e habilidade de uma única pesquisadora, limitando-se a um único ponto de vista.

As principais limitações do estudo foram:

- Não se tratar de um estudo que permitiu a realização de entrevistas repetidas vezes, em momentos distintos (início, meio e fim do processo) o que acarretaria na evolução de percepções distintas do processo de implementação da Política Nacional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular na cidade do Recife;
- Necessidade de tratamento das particularidades da Portaria nº.1.169/GM;
- A raridade de pesquisas sobre o tema contribuiu como fator limitante, pois a pesquisadora sentiu-se, em vários momentos, como Tobar e Yalor (2001) referendaram sobre estudos exploratórios, que realizar pesquisa com pouca ou nenhuma referência seria o mesmo que tentar fazer um bolo sem a receita.

## **5.2 Contribuições para Novos Estudos**

Este estudo pode redirecionar e ampliar estudos futuros sobre a Política Nacional de Alta Complexidade Cardiovascular, envolvendo todos os hospitais credenciados neste tipo de atenção.

Ademais, a dinâmica da pesquisa consiste em explorar terrenos ainda desconhecidos em busca de objetivos traçados, e, neste caso em particular, a meta a ser alcançada era identificar elementos específicos que dificultam a implementação da PNACVAC.

Por fim, espera-se ter contribuído com o levantamento da problemática que envolve a PNACVAC no Estado de Pernambuco e assim, possa despertar a atenção dos dirigentes das políticas públicas de modo que busquem soluções para os problemas apontados.

## Referências Bibliográficas

ARAÚJO. D.V; FERRAZ. M.B. Impacto Econômico do Tratamento da Cardiopatia Isquêmica Crônica no Brasil. O Desafio da Incorporação de Novas Tecnologias Cardiovasculares. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - vol.85, Nº. 1, Julho, 2005.

ARAÚJO. P. Jornalmaratimba.com. webmaster. Disponível em: <<http://www.blodopaulista.blogs.com>> Acesso em 24 de maio de 2007.

BRAVO.S.I.M. Política de Saúde no Brasil In: Serviço Social e Saúde- Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde Especializada. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 14 de março de 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças crônico-degenerativas. Brasília: MS, 2007b. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.gov.br/bvs>> Acesso em 23 de março de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília: MS, 2004c. Impresso no Brasil. Edição/distribuição dirigida.

CALIL. S.J. Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares. In: NEGRI, B; Di GIOVANNI, G. Brasil, radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, Instituto de Economia, 2001. 588p.

CAMPOS JÚNIOR.D. Recursos Humanos em Saúde-SERJ,SD.Disponível em: <<http://www.serj.org.br>> Acesso em 29.06.08.

CAMPOS.S.W.G.Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Revista Ciência e Saúde Coletiva, 12(2);301-306,2007

CARVALHO T.M.D. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 4, jul/ago, 2007.

CARVALHO G. apud MACHADO K. Orçamento da Saúde 2007- R\$5,7 Bilhões A Menos in Orçamento da Saúde Como Sempre, Cortes. Radis-comunicação em saúde desde 1982, Nº. 55, março de 2007.

CEBES- Gasto em Saúde no Brasil: É muito ou pouco?, 2006. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br>. Acesso em 27.02.07

CHIZZOTTI. A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1998 164p. v.16, 1995.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília; MS, 2007. <Disponível em [www..saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)> acesso em 05 de abril de 2006.

DENZIN, N. K. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**/Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOMENTIL.L. Índice de mortes em cirurgia do coração é o dobro do aceitável. Estado do paciente e tipo de serviço estão entre motivos da taxa; situação destoa da cardiologia reconhecida no mundo. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>> Acesso em 02.09.08.

FONSECA. P.M.T; BRISSE. J.BDUBOC. H; FONSECA. M.EVORONOF. S; ERMIDA. V.S. Plano para a Atenção Integral à Saúde na Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro. Proposta de Rede de Serviços de Alta Complexidade. SES/RJ. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>> Acesso em 15 de abril de 2006.

GIL. C.A. Métodos e Técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995. 207p.

GONÇALVES. M.B.R. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1994.

IBGE. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Estatísticas da Saúde-Assistência Médico-Sanitária** 2005. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. -162p.

MACHADO. K. Orçamento da Saúde 2007- R\$5,7 Bilhões A Menos in Orçamento da Saúde Como Sempre, Cortes. Radis-comunicação em saúde desde 1982, Nº. 55 março de 2007.

MAGALHÃES. H. Financiamento na Saúde. A difícil arte de equacionar o financiamento da saúde no Brasil. O financiamento da saúde se afasta da gestão de recursos e se aproxima do campo da mágica. Jornal Oficial do Conselho Regional de Medicina/MG. Ano 1, Nº. 41 Novembro de 2005. Disponível em: <<http://jornal.crmmg.org.br>> Acesso em 15 de julho de 2006.

MENDES. A.C.I; MARZIALE. P.H.M. Década de Recursos Humanos em Saúde: 2006-2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 23 de setembro de 2007.

MENDES. V.E. Uma Agenda para a Saúde. 2ªed. São Paulo: Hucitec, 1996i. 18-20p.

MERHY. E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ªed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO. M.S.C. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

OPAS. A Transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004a, 398p.

OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2003b. 60p. il.

OPAS. Brasil. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde. Brasília, março de 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em 05 de janeiro de 2007c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Recife, 2006.

PIERANTONI. R.CVARELLA.C.T;FRANÇA.T.Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. V.2. S/D. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br>. Acesso em 04 de julho de 2007.

POPE. C; MAYS. N. Pesquisa Qualitativa na Atenção a Saúde. 2ª edição. Porto Alegre: Artemed, 2006,117p.

RICHARDSON. J.R.et al. Pesquisa Social. Métodos e Técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas. Revista Ampliada. 1999.

SOMERJ. Sindicato dos Médicos realiza parceria com o Ministério Público. Associação Médica em Revista. Artigo editado em março de 2003. Disponível em: [www.somerj.com.br](http://www.somerj.com.br) Acesso em 29.08.07

SANTA CRUZ. D.F.D.M.L. A Organização da Atenção de Alta Complexidade Cardiovascular em Pernambuco. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PIPASC da UFPE - agosto de 2007.

SANTOS. F.P.; MERHY. E.E. A Regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro-Uma Revisão. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18,p.25-41, Jan/jun,2006

SOUZA. F.de. P.D.2004. Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos Hospitais do SUS. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS - Junho de 2004.

TOBAR. F;YALOUR. R.M. Como fazer teses em saúde pública, conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.172p.

VIANNA. M.SNUNES. A; GÓES. G; SILVA. DA. R.J; SANTOS.DOS.M.J.R. Atenção de Alta Complexidade no SUS: Desigualdades no acesso e no financiamento. Volume I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA. Ministério da Saúde-SCTIE/DES. Projeto Economia da Saúde. Brasília, DF, Fev.2005

## APÊNDICE

### Roteiro de entrevista para a Direção Técnica ou Clínica

Código do Entrevistado - \_\_\_\_\_ Número da entrevista \_\_\_\_\_

Data de Realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar da entrevista \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_

Perguntas:

- 1- Qual é sua percepção sobre o processo de implementação da PNACCV nessa instituição?
- 2- Que aspectos seriam mais importantes para explicar as dificuldades na realização dos procedimentos de alta complexidade cardiovascular relativos à:
  - Recursos infra-estruturais
  - Recursos humanos
  - Recursos financeiros

## **Roteiro de entrevista para a Chefia do Serviço Cardiovascular**

Código do Entrevistado - \_\_\_\_\_ Data de Realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Setor de ocupação \_\_\_\_\_

1- Na sua concepção, como esta instituição está respondendo a implementação da PNACCV?

2- Quais são as maiores dificuldades enfrentadas para implementação da PNACCV?

## **Roteiro de entrevista para a Coordenação de Enfermagem**

Código do Entrevistado - \_\_\_\_\_ Data de Realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Setor de ocupação \_\_\_\_\_

- 1- O Sr.(a) identifica algum problema que dificulta a realização dos procedimentos de alta complexidade cardiovascular ?
- 2- Quais são as principais dificuldades encontradas para atender as exigências da Portaria para Cardiovascular?
- 3- Disponibilidade quanto a Recursos Humanos, Equipamentos Tecnológicos, RDT ...

## **Roteiro de entrevista para o Coordenador de Engenharia**

Código do Entrevistado - \_\_\_\_\_ Data de Realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Setor de ocupação \_\_\_\_\_

- 1- Infra-estrutura do hospital
- 2- Conservação dos espaços físicos (UTI, bloco cirúrgico, enfermarias, ambulatórios);
- 3- Disponibilidade de equipamentos e Programas/contratos formalizados de manutenção;

## **Roteiro de entrevista para a gerência geral de regulação e controle da SES/PE**

Código do Entrevistado - \_\_\_\_\_ Data de Realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Setor de ocupação \_\_\_\_\_

- 1- Existem dificuldades para a implementação da Política Nacional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Pernambuco?
- 2- A Portaria Nacional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular determina que deva haver em cada Estado 1(um) Centro de Referência para cada 4 milhões de habitantes. Considerando que no Estado de Pernambuco somos hoje 8 milhões 485.386 habitantes, porque existem três Centros de Referência para Alta Complexidade Cardiovascular?
- 3- Como o setor de regulação da SES/PE analisa o desempenho (o cumprimento ou o não cumprimento) das metas pelos hospitais, públicos e privados, conveniados?

Novaes, Izabel Maia

*A Política de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular* : um estudo exploratório em hospitais da cidade do Recife / Izabel Maia Novaes. – Recife : O Autor, 2008.

87 folhas : Il.; quadro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia e apêndices

**1. Alta complexidade. 2. Alta complexidade**

**Cardiovascular 3. Assistência Cardiovascular.**

**I.Título.**

614  
362.11

CDU (2.ed.)  
CDD (22.ed.)

UFPE  
CCS2008-131