



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

VALDESTER CAVALCANTE PINTO JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE COM FOCO NA
CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA**

FORTALEZA

2010

VALDESTER CAVALCANTE PINTO JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE
ALTA COMPLEXIDADE COM FOCO NA CIRURGIA CARDIOVASCULAR
PEDIÁTRICA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

Coorientadora: Prof^a Dr^a Sílvia Maria de Freitas

FORTALEZA

2010

"Lecturis saltem"

Ficha Catalográfica elaborada por
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593
tregina@ufc.br
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

P732a

Pinto Júnior, Valdester Cavalcante.

Avaliação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com foco na cirurgia cardiovascular pediátrica / por Valdester Cavalcante Pinto Júnior. – 2010.

221f. : il. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza(CE), 28/06/2010.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga.

Inclui bibliografia.

1-POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE(BRASIL).2-CARDIOPATIAS CONGÊNITAS EM CRIANÇAS – POLÍTICA GOVERNAMENTAL – AVALIAÇÃO – BRASIL.3-CORAÇÃO – CIRURGIA – POLÍTICA GOVERNAMENTAL – AVALIAÇÃO – BRASIL.4-CRIANÇAS – CIRURGIA – POLÍTICA GOVERNAMENTAL – AVALIAÇÃO – BRASIL.I-Fraga, Maria de Nazaré de Oliveira, orientador. II-Universidade Federal do Ceará..Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas.III-Título.

CDD(22^a ed.) 362.1974120981

90/10

VALDESTER CAVALCANTE PINTO JÚNIOR

**AValiação DA POLÍtica NACIONAL DE ATENção CARDIOVASCULAR DE
ALTA COMPLEXIDADE COM FOCO NA CIRURGIA CARDIOVASCULAR
PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Data da Aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga (Presidente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Gilberto Venossi Barbosa (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a Dr^a Lea Carvalho Rodrigues (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a Dr^a Vera Lúcia de Almeida (Membro Suplente)
Escola de Saúde Pública do Iguatú

DO CORAÇÃO

A oportunidade de participar de um curso de mestrado interdisciplinar, composto por grupo com pensamentos e conhecimentos tão diversos, permite aprofundar ou reformular conceitos que a formação e o cotidiano do profissional especializado insistem em limitar. Chega-se a este ambiente com defesas que, ao entendimento até então vigente, permitiria ser objetivo e assim cumprir todas as etapas do processo com a menor interferência possível. Fragmentar a blindagem trazida por parte de um aluno é função do corpo docente, papel desempenhado com a devida competência, ao ponto de ser necessário tempo para um reordenamento sobre qual o caminho deva ser seguido.

Nessa trilha sinuosa, compartilha-se com os companheiros de jornada os conflitos que se somam a cada tentativa de apor no papel o pensamento que no princípio parecia claro. A identificação torna o grupo uno e passa-se a usufruir da ajuda mútua, cada um se comprometendo com o seu possível. A tarefa ultrapassa as fronteiras do ambiente acadêmico e passa a permear as relações profissionais e sociais.

Não costuma ser permitido a cada um sequer diminuir a carga de trabalho, para dedicação maior à tarefa que a cada dia se mostra mais complexa, por motivos de compromissos profissionais e /ou financeiros. Encontra-se nas relações profissionais quem ajude, quem é indiferente e quem atrapalhe. Na tentativa de dar conta de mais uma tarefa, procura-se otimizar tempo e, para tanto, é preciso contar com a compreensão de muitos que, em boa parte, simplesmente ignoram tais necessidades, sem que tal adequação lhe traga prejuízos.

Administrar esses conflitos com a cabeça povoada de ideias sem ordenamento passa a ser quase impossível e as discussões tornam-se inevitáveis e frequentes. Algumas perguntas denotam o esgotamento dos circundantes: como está o mestrado? Já começou a escrever a dissertação? Quando vai acabar? Passa-se a ser antissocial; tudo é o mestrado...!

Durante esse tempo, as conversas são iniciadas por um só assunto e, mesmo quando se dispõe de algum momento fora desse contexto, ao sair com os amigos, por exemplo, o olhar é distante e o pensamento vaga por livros e artigos científicos com leitura inacabada, dados a serem coletados, cálculos a serem feitos, prazos a cumprir, entre muitos. A família sofre com a ausência física e, quando presente, a atitude autista do mestrando o distancia da realidade que requer ao menos diálogo. Sorte para todos que a universidade impõe limites de tempo e torna finito este processo que, se fosse além, criar-se-ia uma legião de solitários.

Vem a vontade ou a necessidade de, enfim, começar a escrever e é por empolgação ou desespero que se derrama sobre o papel todas aquelas ideias, claro, desordenadas, e não adianta ter referendado o projeto porque, como num ato de loucura, desmancha-se quase tudo o que estava estabelecido, e escreve-se desvairadamente. Procura-se o orientador com a esperança de ouvir que está tudo certo e volta-se com a realidade de que tudo está absolutamente errado. Acho que eles, os orientadores, pensam, “mais um desorientado”.

A expectativa de encontrar na orientadora o apoio necessário para produzir um ótimo trabalho não foi frustrada. Encontramos a paciência e competência necessárias para amadurecer cada ponto e cremos que o resultado responde aos anseios do curso de mestrado, do pesquisador e das sociedades de especialidades que aguardam por este estudo.

Aos poucos fomos nos convencendo da complexidade do estudo e, por conseguinte, da necessidade de incorporar outro colaborador, a coorientadora, na elucidação de dados quantitativos, o que enriqueceu e muito o relatório. No decurso da coleta de dados, colaborações que não ficam suficientemente reconhecidas com um simples muito obrigado foram se somando, e todas, nos questionários, entrevistas e dados do Ministério da Saúde, foram disponibilizadas com a vontade de participar do projeto que visa a melhorar a vida de muitas crianças e adolescentes.

Nossa vontade é agradecer a todos, mesmo aos que não se dispuseram a não atrapalhar. Temos o entendimento da importância de todos, inclusive das dificuldades impostas por alguns que, esquecendo-se da irritação provocada no momento, serviram de estímulo para que o resultado não fosse outro que não o ótimo. A intenção é que cada um que conviveu conosco durante o processo e que leia este texto possa se considerar depositário da nossa gratidão.

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com foco na Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, formalizada em 15 de junho de 2004, por meio das Portarias Nº1169/GM e Nº 210 SAS/MS, é gestada por intervenção da SBCCV e DCCVPed junto ao Ministério da Saúde e se propõe atender a demanda em cirurgia cardiovascular pediátrica. À época da formulação, os deficits em cirurgias eram expressivos, sendo mais críticos nas regiões Norte e Nordeste. A pesquisa objetiva avaliar a política quanto ao desenho, implementação e resultados. Foram empregados métodos quantitativos para análise de dados primários dos questionários, aplicados aos cirurgiões e secundários coletados no MS/DATASUS e IBGE. O recorte temporal foi de 1999 a 2008 para os procedimentos em cardiopatias congênitas e de 2001 a 2008 para os valvares. Os qualitativos foram empregados para análise das portarias e discursos de diretores de sociedades e gestores do MS. As análises foram balizadas nas premissas do Sistema Único de Saúde, equidade, integralidade e regionalização, à luz de alguns autores. Os resultados demonstram ser a política um marco, pelo fato de reconhecer características e necessidades particulares na área. Carece porém, de medidas que visem otimizar a frequência de procedimentos ainda com deficits significativos - 62% para o Brasil e 91%, 76%, 55%, 36% e 47% para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente, e resolver iniquidades regionais. A política é, à análise empregada, ineficaz e ineficiente. Como estratégias que visam a subsidiar ações de governança, encontraram-se: realinhar valores de pagamento por procedimento; implementar banco de dados em parceria com o DCCVPed; compatibilizar tabelas de diagnóstico, procedimentos e órteses e próteses; identificar centros de excelência em cardiopatias complexas e defini-los como de referência regional; patrocinar centros para treinamento profissional; valorizar honorários; subsidiar reestruturação das instituições habilitadas e estruturação daquelas que entrarem no sistema; estabelecer política de equidade regional; criar Programa de Prevenção e Controle da Febre Reumática. Em suma, entende-se a política como desencadeadora de um processo de estruturação e que a avaliação continuada poderá trazer subsídios fundamentados e ser ferramenta de persuasão junto ao poder constituído.

Palavras-chave: Políticas públicas. Avaliação de políticas. Cardiopatias congênitas. Cirurgia cardiovascular pediátrica.

ABSTRACT

The National Cardiovascular Care High Complexity Policy, focusing on Pediatric Cardiovascular Surgery, formalized on June 15, 2004, through Ordinance N°. 1169/GM N° and 210 SAS / MS is fomented by the intervention from the SBCCV and DCCVPed together with the Ministry Health and aims to meet the demand in pediatric cardiovascular surgery. At the time of the formulation the deficits in surgeries were expressive, being more critical in the North and Northeast. The research aims to evaluate the policy on its design, implementation and results. We used quantitative methods for analysis of primary data from questionnaires administered to surgeons and secondary collected from the MS / DATASUS and IBGE. The time frame was 1999 to 2008 for procedures in congenital heart disease and from 2001 to 2008 for the valve procedures. The qualitative analyses were used for the entrances and speeches by corporate directors and managers of MS. Analyses were buoyed on the premises of the National Health System, as fairness, integrity and regionalization in the light of some authors. The results have proved to be a landmark policy by recognizing the characteristics and particular needs in the area. However, there is lack of measures to improve the frequency of the procedures, still with significant deficits, 62% for Brazil and 91%, 76%, 55%, 36% and 47% for the north, northeast, southeast, south and central west respectively, and resolve regional inequities. Politics is, according to the the analysis employed, ineffective and inefficient. As strategies to support governance actions met: realign payment amounts per procedure; implement database in partnership with DCCVPed; tables reconcile the diagnostic procedures with the orthosis and prosthesis, identify centers of excellence in complex heart and set them as reference regional centers to sponsor professional training value fees, subsidize the restructuring of the institutions empowered and structuring those who enter the system, establish policy for regional equity, create Program Prevention and Control of Rheumatic Fever. In sum, it means the policy as a trigger of a process of structuring and continuous evaluation that will provide input and be a tool to persuade the powers that be.

Keywords: Public policy. Policy evaluation. Congenital heart defects. Pediatric cardiovascular surgery.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Classificação das cardiopatias congênitas com a porcentagem aproximada de ocorrência.....	39
FIGURA 2	Fluxograma do tratamento paliativo das DCC.....	50
FIGURA 3	Fluxograma do tratamento corretivo das DCC.....	52
FIGURA 4	Distribuição das 20 maiores unidades hospitalares que operam pacientes de todas as faixas etárias.....	93
FIGURA 5	Distribuição das 20 maiores unidades hospitalares que operam pacientes entre 1 mês e < 1 ano.....	94
FIGURA 6	Distribuição das 20 maiores unidades hospitalares que operam pacientes entre 0-29 dias.....	95
FIGURA 7	Distribuição das 20 maiores instituições hospitalares que operam pacientes com cardiopatias congênitas, de todas as faixas etárias, em comparação com o IDH 2005 nas várias regiões brasileiras.....	112

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Evolução dos nascimentos no Brasil entre 1999 e 2008.....	36
GRÁFICO 2	Taxa de sub-registro de nascimentos, conforme as regiões, para o ano de 2006.....	37
GRÁFICO 3	Variação percentual da frequência de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos no Brasil, entre os anos de 1999 a 2008..	97
GRÁFICO 4	Variação percentual do investimento em cirurgia cardiovascular de congênitos no Brasil, entre os anos de 1999 a 2008.....	97
GRÁFICO 5	Variação percentual do investimento por procedimento em cirurgia cardiovascular de congênitos no Brasil entre os anos, de 1999 a 2008..	98
GRÁFICO 6	Comparação da frequência de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos, entre os grupos I e II.....	99
GRÁFICO 7	Comparação de investimentos dos procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos, entre os grupos I e II.....	100
GRÁFICO 8	Comparação do valor médio dos procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos, entre os grupos I e II.....	100
GRÁFICO 9	Percentual de variação de frequência de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos no grupo II, entre o período de 2005 a 2008.....	101
GRÁFICO 10	Variação percentual de investimentos nos procedimentos de cirurgia cardiovascular de congênitos do grupo II, no período de 2005 a 2008...	101
GRÁFICO 11	Percentual de variação do valor médio dos procedimentos de cirurgia cardiovascular de congênitos do grupo II, no período de 2005 a 2008...	102
GRÁFICO 12	Percentual de variação da frequência de cirurgias valvares, de 2001 a 2008.....	104
GRÁFICO 13	Percentual de variação de investimento de cirurgias valvares, no período de 2001 a 2008.....	105
GRÁFICO 14	Percentual de variação da frequência de procedimentos cirúrgicos em valvares, de 2005 a 2008.....	106
GRÁFICO 15	Percentual de variação de investimento em cirurgias de valvares, no período de 2005 a 2008.....	106
GRÁFICO 16	Distribuição percentual de cirurgias valvares na faixa etária de 0 a 11 anos e entre 12 e 17 anos, conforme a regiões, em 2008.....	107
GRÁFICO 17	Distribuição percentual de procedimento de cirurgias valvares na faixa etária entre 18 e 39 anos e acima de 18 anos.....	108
GRÁFICO 18	Frequência de procedimentos em operações valvares cardíacas no Brasil entre os anos de 2005 e 2008, para o grupo pediátrico (0 - 17 anos).....	109
GRÁFICO 19	Investimentos em procedimentos em operações valvares cardíacas no Brasil entre os anos de 2005 e 2008, para o grupo pediátrico (0 - 17 anos).....	109
GRÁFICO 20	Investimentos por procedimentos em operações valvares cardíacas no Brasil entre os anos de 2005 e 2008, para o grupo pediátrico (0 - 17 anos).....	110
GRÁFICO 21	Motivos por que não trabalham exclusivamente com CCV.....	121

GRÁFICO 22	Área de interesse dos cirurgiões cardiovasculares.....	122
GRÁFICO 23	Percentual de cirurgiões que exercem a cirurgia cardiovascular pediátrica.....	122
GRÁFICO 24	Tipo de filiação à SBCCV dos cirurgiões que trabalham com CCVPed (n=128).....	124
GRÁFICO 25	Percentual de cirurgiões com treinamento em CCVPed (n=145).....	125
GRÁFICO 26	Dedicação exclusiva à cirurgia cardiovascular (n=145).....	126
GRÁFICO 27	Motivos que os cirurgiões referem para a não-dedicação exclusiva à CCVPed (n=41).....	126
GRÁFICO 28	Áreas de interesse dos cirurgiões cardiovasculares que trabalham com cirurgia cardiovascular pediátrica.....	127
GRÁFICO 29	Número de instituições em que os cirurgiões trabalham com CCVPed (n=145).....	127
GRÁFICO 30	Distribuição do tipo de assistência prestada pelas instituições em que os cirurgiões trabalham com CCVPed (n=145).....	128
GRÁFICO 31	Grau de satisfação com a remuneração dos procedimentos realizados em CCVPed (n= 145).....	129
GRÁFICO 32	Resultado financeiro da CCVPed <i>versus</i> Tipo de assistência prestada pela instituição.....	132
GRÁFICO 33	Interesse da instituição na ampliação do número de procedimentos em CCVPed <i>versus</i> tipo de assistência prestada.....	133
GRÁFICO 34	Local de pós-operatório <i>versus</i> tipo de assistência prestada pela instituição.....	134
GRÁFICO 35	Profissional médico que acompanha o pós-operatório na UTI <i>versus</i> tipo de assistência prestada pela instituição.....	135
GRÁFICO 36	Opinião dos cirurgiões que trabalham com CCVPed sobre a existência de limitações à implantação de mais serviços relacionadas com as exigências da portaria que regulamenta a CCV.....	136
GRÁFICO 37	Limitações à implantação de serviços relacionadas com a política avaliada.....	136
GRÁFICO 38	Recomposição inflacionária medida pelo IPCA de 1999 a 2010. Custo real e custo programado em cirurgia cardiovascular pediátrica.....	137
GRÁFICO 39	Dificuldades relacionadas à cobranças dos procedimentos cirúrgicos em CCVPed.....	138
GRÁFICO 40	Estratégias para aumentar o número de procedimentos em CCVPed....	139
GRÁFICO 41	Necessidade do MS adotar estratégias diferenciadas para aumentar o número de procedimentos em regiões de maiores deficits (n=145).....	140
GRÁFICO 42	Ações que devem ser adotadas pelo MS para aumentar o número de procedimentos nas regiões com maiores deficits.....	140
GRÁFICO 43	Ações a serem implementadas pelo DCCVPed no sentido de aumentar o número de procedimentos.....	141
GRÁFICO 44	Necessidade de implantação do Registro em CCVPed (n= 145).....	142
GRÁFICO 45	Instituição que deve gerenciar o Registro de CCVPed (n= 128).....	142
GRÁFICO 46	Posicionamento dos cirurgiões, 88,3%, sobre o preenchimento do Registro de CCVPed vinculado ao pagamento da AIH.....	143

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos óbitos por cardiopatias congênitas, por faixa etária.....	21
TABELA 2	Estimativa de necessidade de operações para correção de cardiopatias congênitas no período de 1999 a 2008, em todas as regiões.....	37
TABELA 3	Distribuição da cobertura do sistema de saúde suplementar no Brasil, por faixa etária.....	81
TABELA 4	Distribuição das Unidades de Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade (UACAC).....	90
TABELA 5	Distribuição das Unidades Habilitadas (UH) em cirurgia cardiovascular pediátrica nas regiões e unidades da Federação em 2009.....	91
TABELA 6	Variação da frequência e dos investimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos pelo Sistema Único de Saúde, de 1999 a 2008.....	96
TABELA 7	Distribuição da frequência de procedimentos, por faixa etária, no período de 2002 a 2008.....	99
TABELA 8	Estimativa de deficit de procedimentos cirúrgicos em cardiopatia congênita, por unidade federada.....	103
TABELA 9	Evolução da frequência e investimentos nas cirurgias de valvares no Brasil, entre os anos de 2001 e 2008.....	104
TABELA 10	Distribuição das cirurgias valvares, por faixa etária e região, em 2008....	107
TABELA 11	Correlação dos deficits de procedimentos em cirurgia cardíaca de congênitos das unidades federadas e regiões e IDH, mortalidade infantil, participação % no PIB e PIB <i>per capita</i>	113
TABELA 12	Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos (IRCC), Índice de Distribuição de Serviços por nascimentos (IDS _n) e Índice de Distribuição de Serviços por população (IDSp) em Cirurgia de Cardiopatias Congênitas no Brasil em 2008.....	116
TABELA 13	Distribuição da amostra de cirurgiões cardiovasculares, conforme a região.....	120
TABELA 14	Estimativa de cirurgiões que atuam em cirurgia cardiovascular pediátrica-CCVPed.....	124
TABELA 15	Procedimentos realizados nas instituições hospitalares onde trabalham <i>versus</i> tipo de assistência prestada pelas instituições.....	129
TABELA 16	Número médio de operações no grupo pediátrico pelo SUS, realizadas por ano.....	130
TABELA 17	Número médio de operações no grupo pediátrico por convênio, realizadas por ano.....	130
TABELA 18	Motivos que limitam o exercício pleno da CCVPed, de acordo com o tipo de assistência prestada.....	131

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACE	Análise de Custo Efetividade
AEnf	Auxiliar de Enfermagem
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BD	Banco de Dados
CC	Cardiopatía Congênita
CCV	Cirurgia Cardiovascular
CCVPed	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
CE	Ceará
CIA	Comunicação Interatrial
CIV	Comunicação Interventricular
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CoAo	Coarctação da Aorta
CONAMA	Conselho Nacional de Meio Ambiente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRC	Cardiopatía Reumática Crônica
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DCC	Doença Cardíaca Congênita
DCCVPed	Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
DCPed	Departamento de Cardiologia Pediátrica
DECA	Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial
DSAV	Defeito do Septo Atrioventricular
EBGA	Estreptococo Beta- Hemolítico do Grupo A
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
FR	Febre Reumática
GM	Gabinete do Ministro
HM	Hospital de Messejana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS _n	Índice de Distribuição de Serviços por Nascidos
IDS _p	Índice de Distribuição de Serviço por População
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INCL	Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras
IPCA	Índice do Preço ao Consumidor Amplo

IPCC	Índice de Produção em Cirurgia de Congênitos
IRCC	Índice de Resolutibilidade em Cirurgia de Congênitos
MEC	Ministério da Educação
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Órteses Próteses Materiais Especiais
PCA	Persistência do Canal Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
PNACAC	Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
PNCCVPed	Política Nacional Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
PPC	Paridade do Poder de Compra
PTFE	Politetrafluoroetileno
QP	Fluxo pulmonar
QRS	Complexo Encontrado no Eletrocardiograma
QS	Fluxo sistêmico
RBCCV	Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
RNasc	Recém Nascido
RN	Rio Grande do Norte
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBCCV	Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
SCor	Seio Coronário
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SOBENC	Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular
SUS	Sistema Único de Saúde
T4F	Tetralogia de Fallot
TE	Técnico em Enfermagem
TGA	Transposição das Grandes Artérias
TV	Troca Valvar
UH	Unidade Hospitalar
UACAC	Unidade de Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade
VAB	Válvula Aórtica Bicúspide
VD	Ventrículo Direito
VSVD	Via de Saída do Ventrículo Direito

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Objeto do Estudo.....	16
1.2	Objetivos.....	20
	Geral.....	20
	Específicos.....	20
1.3	Justificativa e relevância do estudo.....	21
2	METODOLOGIA.....	24
2.1	Tipo do estudo.....	24
2.2	Universo e amostra.....	25
2.3	Procedimento de pesquisa e coleta de dados.....	26
2.4	Proposta de análise.....	29
2.5	Princípios éticos.....	32
3	QUADRO TEÓRICO.....	33
3.1	As cardiopatias.....	33
	a) Cardiopatias congênicas.....	33
	a.1) Epidemiologia da doença cardíaca congênita.....	33
	a.2) Etiologia.....	38
	a.3) Classificação, frequência e história natural.....	38
	a.4) Cardiopatia congênita no adulto.....	47
	a.5) Tratamento cirúrgico das cardiopatias congênicas.....	49
	a.5.1) Tratamento paliativo.....	49
	a.5.2) Tratamento corretivo.....	51
	b) Cardiopatias adquiridas.....	52
	b.1) Tratamento das doenças valvares adquiridas.....	54
3.2	A Política em avaliação: o processo de formulação.....	56
3.3	Conceitos que norteiam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.....	60
3.3.1	Equidade.....	62
3.3.1.1	Conceitos de equidade.....	65
3.3.2	Integralidade.....	68
3.3.3	Regionalização.....	72
3.3.3.1	Conceitos de regionalização.....	75
3.4	Avaliação de Políticas Públicas.....	78
3.5	Saúde suplementar e cirurgia cardiovascular nos congênitos.....	81
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	82
4.1	Análise das portarias que regulamentam a política.....	82
4.2	Regionalização da cirurgia cardiovascular pediátrica.....	90

4.2.1	Resultados da regionalização: uma análise sobre a frequência de procedimentos	92
4.3	Os números da cirurgia cardiovascular de congênitos e adquiridas do grupo pediátrico no Brasil.....	96
4.3.1	Evolução da frequência e investimentos em cirurgia para correção de defeitos cardíacos congênitos no Brasil.....	96
4.3.2	Estimativa de deficit em cirurgia de cardiopatias congênitas no Brasil para o ano de 2008.....	102
4.3.3	Evolução da frequência e investimentos em cirurgias valvares no Brasil.....	104
4.3.3.1	Cirurgia das cardiopatias valvares no grupo pediátrico.....	108
4.4	Cirurgia das cardiopatias congênitas e indicadores socioeconômicos.....	110
4.5	Análise da política com foco em indicadores de performance.....	114
4.5.1	Índice de distribuição de serviços por população.....	115
4.5.2	Índice de distribuição de serviços por nascidos.....	115
4.5.3	Índice de produção em cirurgia de congênitos.....	115
4.5.4	Índice de resolubilidade em cirurgia de congênitos.....	116
4.5.5	Eficácia.....	117
4.5.6	Eficiência.....	118
4.5.7	Efetividade.....	119
4.6	Perfil dos cirurgiões cardiovasculares.....	119
4.6.1	Perfil dos cirurgiões cardiovasculares pediátricos.....	123
4.6.2	Formação profissional e área de atuação dos cirurgiões cardiovasculares pediátricos.....	125
4.6.3	As instituições onde trabalham.....	130
4.6.4	Avaliação da política pelos cirurgiões cardiovasculares pediátricos.....	135
4.6.5	Sugestões dos cirurgiões para a otimização da política e da CCVPed.....	138
4.7	Os discursos.....	143
4.7.1	O discurso dos associados às entidades médicas.....	144
4.7.2	O discurso oficial.....	164
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
	REFERÊNCIAS.....	187
	APÊNDICES.....	198
	ANEXOS.....	207

1 INTRODUÇÃO

1.1 Objeto do Estudo

Esta pesquisa teve o objetivo de avaliar a política nacional voltada à criança e ao adolescente cardiopata. O cuidado dirigido a este grupo transita entre intervenções clínicas e/ou cirúrgicas e as regulamentações político administrativas.

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em novembro de 1989, “criança são todas as pessoas menores de dezoito anos de idade” (UNICEF, 1990). Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente, refere-se que: criança é considerada a pessoa até os doze anos incompletos, enquanto entre os doze e dezoito anos, idade da maioridade civil, se encontra a adolescência (BRASIL, 1990a), definição adotada para esta pesquisa.

As doenças cardiovasculares que acometem as pessoas na faixa etária pediátrica dividem-se em dois grandes grupos: as cardiopatias congênitas, definidas como alterações da anatomia ou função do coração presentes no nascimento, mesmo que diagnosticadas tardiamente; e as doenças adquiridas, aquelas de início após o nascimento. O conceito de cardiopatias congênitas por si já dá uma amostra da complexidade dessa questão, não sendo possível segmentar a atenção a estes sujeitos, seguindo critérios de faixa etária, haja vista que é uma malformação presente desde a vida fetal, havendo indivíduos já adultos que ainda não tiveram sua patologia diagnosticada, que precisam de cirurgias, ou aqueles já operados que podem necessitar de reintervenções ou de acompanhamento.

As publicações sobre a incidência de cardiopatias congênitas apresentam variação de 4/1000 a 50/1000 nascimentos, sendo estabelecido para o estudo, o recorte de 9/1000 nascimentos (HOFFMAN; KAPLAN, 2002). Considerando que em cerca de 20% destes a cura é espontânea ou não necessita de correção, porque está relacionada a defeitos menos complexos e de repercussão hemodinâmica discreta, a estimativa de necessidade de procedimentos cirúrgicos para correção de cardiopatias congênitas é de 7,2/1000 nascimentos. Assim, no Brasil, a necessidade estimada de procedimentos para correção de cardiopatias congênitas para o ano de 2008 foi de 21.006 casos. Pinto Júnior et al (2004) relatam deficits mais significativos, para tal tratamento, nas regiões Norte e Nordeste, com índices de 93,5% e 77,4%, respectivamente e menos importantes nas regiões Sul e Centro Oeste, com 46,4% e 57,4%, respectivamente.

Das doenças adquiridas, a que tem maior prevalência é a febre reumática, que tem distribuição universal, mas com marcada diferença nas taxas de incidência e prevalência entre os diversos países. Constitui a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens nos países em desenvolvimento, acometendo com maior frequência pacientes na faixa etária de cinco a 15 anos. Estima-se que, anualmente, no Brasil, ocorram cerca de dez milhões de amigdalites estreptocócicas, perfazendo o total de 30.000 novos casos de febre reumática, dos quais 15.000 evoluem para cardite (MOTA; MULLER, 2008).

Atender de forma organizada a estas demandas requer o envolvimento de um universo de sujeitos representativos de setores interessados, como governo e sociedade civil. Para que haja essa desejada organização, formulam-se políticas públicas, que, ao longo do tempo, devem ser acompanhadas e avaliadas.

Lucchese (2002) define política pública como o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos vários agentes sociais.

Para cada segmento público, as características específicas das demandas e demandantes devem ser consideradas com o propósito de definir pelo melhor, em menor tempo e com desprendimento físico e ou financeiro tão pequeno quanto o necessário.

Assim, definem-se como políticas públicas em saúde as que integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2002).

No primeiro ano do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) acolheu iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP) para experimentar novo canal de interlocução do governo com a sociedade na formulação de políticas públicas. Em parceria com a ENSP e a Organização Pan-Americana da Saúde, compartilhou o desenvolvimento da proposta, elaboração, coordenação e implementação do Projeto Saúde 2004 (RIBEIRO, 2007).

Orientado à ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro, o projeto partiu dos seguintes pressupostos: i) que o adensamento da participação social na gestão pública estatal, a transferência

de informações do espaço social para o espaço administrativo e a articulação de inovações sociais e institucionais constituem caminhos promissores para a maior efetividade e equidade das intervenções públicas; e ii) que interações mais estreitas entre governo e sociedade, complementares às formas já institucionalizadas de participação social na gestão setorial, contribuem para captar a heterogeneidade das situações regionais, as especificidades locais, e ampliam a compreensão da situação social, potencializando a capacidade de ação dos diferentes atores na transformação positiva da situação sanitária. (RIBEIRO, 2007, p. 1526).

A partir de janeiro de 2003, o MS passou a discutir uma reforma para o atendimento de alta complexidade e promoveu ampla discussão com sociedades médicas de várias especialidades para formular a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), no decurso de todo o processo, sinalizou para a necessidade de elaboração de uma política que atendesse às diferenças regionais e para o fato de que era impossível atender todas as exigências que vinham sendo propostas pelo MS, visto que a maioria dos serviços cadastrados em cirurgia cardiovascular estava passando por graves deficits financeiros.

O marco legal foi formalizado em 15 de junho de 2004, por meio da Portaria nº 1169/GM, que instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade¹ (BRASIL, 2004a). Na mesma data, pela Portaria nº 210 SAS/MS, a cirurgia cardiovascular pediátrica estava regulamentada (BRASIL, 2004b).

As portarias instituem a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de redes estaduais e/ou regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, normatiza o credenciamento e funcionamento das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e estabelece parâmetros populacionais para o quantitativo de unidades de assistência por unidade da Federação.

Nos meses que se seguiram, foram adotados os procedimentos burocráticos para credenciamento de novos serviços e recadastramento dos existentes. Em janeiro de 2010, havia um total de 66 serviços regulamentados para a prática da cirurgia cardiovascular pediátrica.

Longe de atender a meta da distribuição de unidades estabelecidas pela Portaria nº 210, ao longo dos anos, a política é alvo de críticas de parte dos cirurgiões, que a entendem como excludente quanto à participação de mais instituições e assim provocando diminuição

¹ Alta complexidade compreende o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL/MS, 2009).

no quantitativo de procedimentos cirúrgicos. São ouvidos brados de insatisfação, de norte a sul, quanto aos ressarcimentos profissionais e hospitalares, também apontados como indutores de desinteresse na procura ou manutenção de serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica. As críticas são cada vez mais contundentes e respaldadas, à medida que os resultados de monitoramentos da frequência e investimentos para o grupo pediátrico são divulgados em eventos científicos.

Mesmo que a referida política tenha sido formulada há mais de cinco anos, o que vimos expressando evidencia uma problemática que reduz os impactos positivos sobre sua clientela-alvo, necessitando ser investigada para que se evidencie sua complexa rede de causas.

Sendo assim, o objeto desta pesquisa se anuncia pelas questões seguintes: a Política de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica atende a demanda de tratamento? Qual o contexto de criação, a problemática relacionada à implementação e ao atendimento das metas estabelecidas pela PNCCVPed? O que pensam os cirurgiões cardiovasculares quanto às repercussões da PNCCVPed em sua prática profissional? Quais as considerações dos representantes de classe e gestores sobre a PNCCVPed?

1.2 Objetivos

Geral

Avaliar o desenho, implementação e resultados da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com foco na cirurgia cardiovascular pediátrica.

Específicos

Descrever a formulação dessa política, considerando o contexto político, bem como os interesses envolvidos;

Diagnosticar fatores que interferem na implementação da política;

Correlacionar a frequência de procedimentos e investimentos com regiões, capacidade instalada, demanda e indicadores socioeconômicos;

Analisar as concepções dos sujeitos da pesquisa sobre a formulação e implementação da política, correlacionando-as com os resultados alcançados; e

Formular sugestão para otimizar a política com base nos resultados da pesquisa.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Para sensibilizar os técnicos do MS quanto à necessidade de uma política específica para a cirurgia cardiovascular pediátrica, foi utilizado um estudo que teve como foco os deficits em cirurgia cardiovascular de congênitos e que fazia apenas menção à existência das cardiopatias adquiridas. Isto foi determinante para aquele órgão ter elaborado as portarias centradas em atender prioritariamente a demanda daquele segmento.

Após a publicação das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular com foco na cirurgia cardiovascular pediátrica, em 15 de junho de 2004, e sua implementação, monitoramentos são realizados revelando deficit importante na assistência aos portadores de cardiopatias congênitas, deficit este que impacta diretamente na mortalidade das crianças abaixo de um ano de idade.

Em 2007, 6% dos óbitos infantis, menores de um ano, 4,7% dos óbitos em menores de 30 dias (neonatos), 3,7% dos óbitos em menores de sete dias e 8,7% dos óbitos entre 30 dias e menores de um ano, ocorreram por cardiopatias congênitas (CC). Dos óbitos por CC abaixo de um ano, 53% ocorrem no período neonatal, 32% na primeira semana de vida e 47% entre 30 dias e menos de um ano (Tabela 1). Muitos dos óbitos nesta faixa etária, por falta de acesso e diagnóstico específico, podem ter tido como causa, por exemplo, doenças pulmonares, quando, na realidade, a doença de base era uma cardiopatia congênita, podendo estes dados ainda estar subestimados.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por cardiopatias congênitas, por faixa etária

Óbitos infantis < 1 ano – 2007			
	N	%	%*
Óbitos gerais < 1 ano	45370		
Óbitos/CC < 1 ano	2709	6,0	
Óbitos gerais < 30 dias	30821		
Óbitos/CC < 30 dias	1436	4,7	53,0
Óbitos gerais < 7 dias	23437		
Óbitos/CC < 7 dias	868	3,7	32,0
Óbitos gerais entre 30d e < 1 ano	14549		
Óbitos CC entre 30d e < 1 ano	1273	8,7	47,0

*Relação entre o nº de óbitos CC por faixa etária e o nº de óbitos CC < 1 ano
 Fonte:MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

A despeito de ser também um problema social grave, a febre reumática, cardiopatia adquirida de maior prevalência e que atinge populações menos privilegiadas economicamente, não tem o mesmo destaque na referida política. Este é mais um indicador da necessidade de avaliação da política, a fim de se produzirem dados que fundamentem a necessidade de sua reformulação.

Embora a política exista há mais de cinco anos, sobre seu desenho, sua implementação e os resultados obtidos, há questões importantes que carecem ser abordadas em profundidade. Este transcurso temporal permite uma análise comparativa de dois momentos, antes e depois da política, e com suporte nos resultados obtidos, propor sua otimização.

A aprovação no Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas colocou-se como estímulo adicional à mobilização anterior, deste autor, já que, em uma instância acadêmica, são associados a sistematização e o rigor à empreitada que se vinha cumprindo de forma amadora. Com isso, a análise aprofundada sobre a formulação, implementação e resultados da política pública voltada para a cirurgia cardiovascular, com foco na pediatria, definiu-se como propósito central da pesquisa desenvolvida durante o referido curso.

A pesquisa foi recebida pelo DCCVPed da SBCCV como oportuna, já que havia ali a demanda por uma avaliação aprofundada da referida política, para, entre outros propósitos, reivindicar melhorias para o setor junto ao Ministério da Saúde.

Sob este aspecto particular, a avaliação que foi realizada tende a funcionar como

[...] um possível instrumento que pode ser utilizado por segmentos sociais organizados para o fortalecimento da pressão social sobre o Estado no sentido de conquista de direitos sociais, haja vista as informações que a avaliação pode gerar e publicizar sobre políticas e programas sociais. (SILVA, 2008, p.111).

É fato que há intenso relacionamento do pesquisador com a temática. Isto vem desde o período da formulação da política, no âmbito associativo, nas diversas esferas de governo, e em instituições de assistência à saúde e ainda se mantém até o momento presente. Considerando-se esta realidade, após a definição do objeto de pesquisa, passou-se a questionar se o envolvimento em todas as fases e setores da política em questão dificultaria o distanciamento do pesquisador e a necessária objetividade na condução do estudo.

Às voltas com esta dúvida, após recorrer a alguns teóricos, formalizou-se o convencimento de que essa dificuldade poderia ser superada. Cintra (1982) argumenta:

A temática deve ser realmente uma problemática vivenciada pelo pesquisador, ela deve lhe dizer respeito. Não obviamente, num nível puramente sentimental, mas no nível da avaliação da relevância e da significação dos problemas abordados para o próprio pesquisador, em vista de sua relação com o universo que o envolve. A escolha de um tema de pesquisa, bem como a sua realização, necessariamente é um ato político. Também, neste âmbito, não existe neutralidade. (CINTRA, 1982, p.14).

Entende-se que o fato de se ter sido um dos agentes formuladores da política faz do pesquisador um crítico e mesmo defensor de muito do que está em vigor. É certo que, nesse estado, a definição de quem e o que indagar pode ser impregnada por alguns vieses. O fato, porém, de estar-se imerso na realidade a ser estudada também situa o pesquisador em uma posição singular porque lhe possibilita fazer indagações pertinentes e potencializa a análise, desde que amparada em referencial que permita a manutenção da vigilância metodológica.

Outro argumento em prol da relevância da pesquisa assenta-se no fato de quase inexistir no Brasil bibliografia sobre a política de atenção à criança e ao adolescente cardiopata. A busca realizada resultou apenas em dois trabalhos, também de autoria do signatário, publicados no Brasil por Pinto Júnior et al (2004) e Pinto Júnior, Rodrigues e Muniz (2009) e dois internacionais que apenas se aproximam do tema (CHANG; KLITZNER, 2002; TCHERVENKOV, 2008). Mais frequentes são as publicações sobre epidemiologia, resultados cirúrgicos, evolução tardia e prognóstico dos tratamentos cirúrgicos de crianças e adolescentes cardiopatas, e, mais recentemente, a cerca de qualidade de vida pós-tratamento (HANNAN, 1998; HOFFMAN; KAPLAN, 2002; SCHULTZ; WERNOVSKY, 2005; SCHULTZ et al., 2008; WELKE et al., 2008; MARINO et al., 2009).

Entende-se que a pesquisa realizada ensejou um conhecimento realmente novo, contribuindo para ampliar o acervo bibliográfico sobre o tema, já que a política em apreço ainda não tinha sido avaliada quanto a sua formulação, implementação e resultados alcançados.

A pesquisa atendeu, portanto, aos ditames de ser relevante socialmente, pois os resultados obtidos poderão beneficiar os portadores de cardiopatias congênicas e adquiridas do grupo pediátrico e seus familiares, bem como por atender as demandas da corporação médica organizada em torno da especialidade. De posse dos resultados por ela disponibilizados, esses agentes sociais estarão mais bem instrumentalizados para reivindicar possíveis adequações na política em apreço.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo do Estudo

O desenho original desta pesquisa estava voltado a fazer uma avaliação quantitativa, analisando dados secundários obtidos no DATASUS/MS e fazendo cruzamento com indicadores socioeconômicos oriundos do IBGE. Logo se percebeu que o máximo que se poderia obter com essa proposição seria a demonstração do incremento ou não da frequência e investimentos no setor e sua relação com tais indicadores. Possíveis esclarecimentos quanto à elaboração da política, sua implementação e a análise mais aprofundada do impacto nas demandas sociais estariam prejudicadas.

No decorrer das disciplinas cursadas no Mestrado, o traçado da pesquisa foi passando por algumas reformulações. Como desdobramento de uma das disciplinas cursadas, foi elaborado o texto “Reflexões sobre a Formulação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com Enfoque na Cirurgia Cardiovascular Pediátrica”, posteriormente publicado na *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* (PINTO JÚNIOR; RODRIGUES; MUNIZ, 2009).

A elaboração do referido artigo, e também o acesso a todo um aporte teórico trazido pelas demais disciplinas, propiciaram certo amadurecimento e sedimentaram a ideia de abordar o objeto de pesquisa por uma perspectiva que não fosse linear. Sendo o objeto de estudo uma política nacional e, tendo o país características socioeconômicas distintas de região para região, e mesmo entre os estados de uma mesma região, uma pesquisa com recorte estadual ou até mesmo regional poderia não refletir o todo e assim distorcer os resultados.

Por essa razão, a área de abrangência do estudo passou a ser o Brasil e a pesquisa realizada orientou-se por uma perspectiva ampla.

Percebeu-se, então, que essa perspectiva se afinava com a concepção de Aguillar e Ander-Egg (1994, p.31-32) sobre avaliação:

[...] uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visam comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racionais e inteligentes entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou o fracasso de seus resultados.

Firmou-se, pois, a decisão de adotar a complementaridade dos métodos quantitativos e qualitativos que, embora diferentes, não são excludentes. Segundo Victóra (2000), é possível trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, no sentido de que os resultados de uma questão, situada com base em princípios teórico-metodológicos quantitativos, suscitam novas questões que só podem ser expressas dentro de princípios qualitativos, ou vice versa.

Assim é que na aproximação com o objeto de estudo se realizou pesquisa bibliográfica ampla sobre as questões técnicas de avaliação de políticas públicas e de suas metodologias. Também se efetuou pesquisa documental a fim de recompor o contexto e o processo histórico de criação da política pública sob avaliação, bem como para apreender e analisar as concepções centrais que integram os textos das duas portarias ministeriais que formalizam essa política.

Foram recolhidos e analisados dados de fontes secundárias como estatísticas do IBGE e Ministério da Saúde para cruzamento com outros dados e elucidação de outras nuances do objeto de estudo.

Informações de fonte primária foram colhidas por meio de questionários e entrevistas, acessando variados tipos de sujeitos, pelo entendimento de que isso propiciaria uma avaliação mais abrangente dos diversos momentos relacionados com a formulação da política em apreço e também de seus resultados.

2.2 Universo e Amostra

O universo da pesquisa para a aplicação do questionário correspondeu a todos os cirurgiões cardiovasculares, sendo calculada a amostra tomando como referência 778 profissionais, número fornecido pela SBCCV, estando distribuídos, em abril de 2009, da seguinte forma: 30 (4%) na região Norte, 107 (14%) na região Nordeste, 68 (9%) na região Centro-Oeste, 437 (56%) na região Sudeste e 136 (17%) na Sul. A definição da amostra, para um erro de amostragem de $e=4,87\%$, ficou em 266 cirurgiões. Com base neste cálculo, a amostra conforme a região correspondeu a dez cirurgiões da região Norte, 58 da região Nordeste, 25 da região Centro-Oeste, 130 da Sudeste e 43 da Sul, num total de 266 cirurgiões cardiovasculares.

Conforme já referido, também foram realizadas entrevistas. O propósito era conhecer a participação das entidades médicas na elaboração e implementação da política,

seus discursos sobre a cirurgia cardiovascular pediátrica e a portaria ministerial e que estratégias apontariam para crescimento do setor. Também se impunha evidenciar de que perspectiva os técnicos do MS visualizavam a formulação, implementação e possíveis estratégias para fomento da política sob avaliação.

Na escolha dos sujeitos para realização das entrevistas, foi levada em conta

[...] não a representatividade estatística, que extrai de uma amostra populacional alguns componentes, segundo um determinado procedimento e que, por isso, a “representam” no sentido de que aquilo que se descreve ou se conhece para a amostra é generalizável para o conjunto da população e sim por que é “representativo” por estar atuando como se estivesse no “papal” no sentido de que o que é importante sobre essa pessoa em concreto que participa de uma interação não são as suas qualidades pessoais e sim o fato de que é membro de um grupo ou coletivo (IÑIGUEZ, 2004a, p.136-137).

Sendo assim, alguns critérios foram definidos para escolha dos entrevistados: ter participado como técnico do MS no período de formulação e ou implementação da política; ter participado como diretor da SBCCV ou do DCCVPed, ou como membro de comissões da SBCCV no decorrer da formulação da política; ter sido ou estar presidente da Sociedade de Cirurgia Cardiovascular, presidente do Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica ou presidente do Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

2.3 Procedimentos de Pesquisa e Coleta de Dados

Conforme já referido, utilizaram-se dados secundários disponíveis e colheram-se dados empíricos, além da realização de pesquisa bibliográfica. Esta se estendeu por todo o decorrer da pesquisa, tendo sido de fundamental importância para o amadurecimento teórico e para fundamentar a escolha quanto à metodologia de avaliação mais adequada ao objeto de estudo.

A pesquisa documental já referida abrangeu a obtenção, via internet, das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade que compreendem: Portaria n.º 1169/GM e Portaria n.º 210 SAS/MS de 15 de junho de 2004, marco legal da política em discussão; e Portaria SAS/MS n.º 384 de 26 de maio de 2006 (Brasil, 2006) que altera alguns parâmetros da Portaria n.º 210 SAS/MS. Com suporte nelas foi feita uma análise das concepções em que se fundamentam, à luz dos princípios do SUS e da literatura que teoriza tais princípios.

A coleta de dados transcorreu no período de março de 2009 a fevereiro de 2010, abrangendo diversas etapas e utilizando-se de várias técnicas.

Vale salientar que, antes mesmo de se iniciar as formalidades para realização da pesquisa, mais precisamente desde 2002, vinha se fazendo o monitoramento do número de procedimentos e dos investimentos na área da cirurgia cardiovascular pediátrica no Brasil. Os resultados foram apresentados e publicados na *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* (RBCCV) (PINTO JÚNIOR et al., 2004).

Em abril de 2008, por ocasião do 35º Congresso Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular, realizado em São Paulo, durante reunião com a diretoria do DCCVPed da SBCCV, comunicou-se a decisão de avaliar com maior profundidade a política de atenção cardiovascular com foco na pediátrica, que o estudo se constituiria como dissertação do Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da UFC e que seus resultados seriam disponibilizados para o DCCVPed. A diretoria se pronunciou favoravelmente ao estudo, colocando-se à disposição na liberação de dados e em ser uma facilitadora quanto à aquisição de dados em outras instituições. Também se fez contato com os presidentes da SBCCV e do Departamento de Cardiologia Pediátrica da SBC à época, os quais verbalizaram o mesmo interesse.

A aplicação dos questionários foi antecedida por teste-piloto com dez cirurgiões do Hospital de Messejana-CE e Instituto do Coração da Criança e do Adolescente-CE (Incor Criança), ambos de Fortaleza, no intuito de evidenciar a necessidade de possíveis adequações. Tal questionário teve o objetivo de conhecer o perfil do profissional cirurgião, o conhecimento da portaria que regulamenta a cirurgia cardiovascular pediátrica (CCVPed), as interferências da política no exercício profissional e a visão de futuro para a especialidade.

Os questionários (Apêndice A) foram respondidos pelos cirurgiões cardiovasculares durante o 36º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, realizado em Belo Horizonte, em março de 2009. A escolha ocorreu porque este evento congrega cirurgiões de todas as regiões do País, o que ensejou o acesso a um número de cirurgiões capaz de atender a amostra definida.

Foi contratada uma equipe de três universitárias, que passaram por treinamento prévio, com o objetivo de compreender a finalidade da pesquisa e de dominar todo o roteiro do questionário. A coleta deu-se por meio de preenchimento espontâneo e abordagem direta, após as informações sobre os objetivos da pesquisa (Apêndice B) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Antes da realização das entrevistas com os sujeitos que se enquadraram nos critérios de inclusão na pesquisa, foi realizado teste-piloto do roteiro com dois cirurgiões com envolvimento na cirurgia cardiovascular pediátrica, que em determinado momento estiveram em cargos de direção de instituições associativas. As entrevistas do teste foram registradas em gravador eletrônico, transcritas e serviram de apoio aos ajustes para produzir o roteiro que foi aplicado.

As entrevistas definitivas foram realizadas no período de 01 de outubro de 2009 a 6 de fevereiro de 2010, totalizando 11 entrevistas, obedecendo a dinâmica que se descreve a seguir (Apêndice D).

As primeiras quatro entrevistas foram colhidas em São Paulo, entre os dias 01 e 02 de outubro de 2009, com os presidentes da SBCCV, do DCCVPed, do DCPed e da SBCCV à época da formulação da política. Outras duas entrevistas foram realizadas no dia 05 de novembro, também em São Paulo, com ex-presidentes da SBCCV. No dia 23 desse mesmo mês, ainda em São Paulo, foi entrevistado um gestor do MS. Em 14 de janeiro de 2010, em Belo Horizonte, foi entrevistado um técnico do MS. Em 6 de fevereiro de 2010, foram entrevistados em São Paulo um ex-presidente da SBCCV, um ex-diretor do DCCVPed da SBCCV e outro técnico do MS.

A aquisição dos dados secundários concentrou-se basicamente junto ao MS e IBGE. As sociedades de classe (DCCVPed e DCPed) forneceram dados referentes ao número e regionais dos cirurgiões filiados.

A coleta no MS, que forneceu dados do DATASUS e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), foi antecedida de ofício da Coordenação do Curso de Mestrado, apresentando o pesquisador e solicitando a liberação de dados.

Alguns dados secundários coletados junto ao MS-DATASUS são de domínio público e foram obtidos via internet, como aqueles relacionados aos quantitativos de internações hospitalares e investimentos. Outros grupos de informações não estão disponíveis na internet e compreendem, fundamentalmente, número de serviços de cirurgia cardiovascular para adultos e pediatria, distribuídos por estados e regiões; frequência de procedimentos e investimentos em cirurgia cardiovascular pediátrica, distribuídos conforme a região, unidade federativa, instituições e faixas etárias. Para que tais dados fossem liberados, foi feita solicitação específica junto à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, sendo liberado banco de dados fornecido pelo DATASUS/MS.

Os dados do IBGE foram obtidos basicamente pela aquisição de publicações e também pelo acesso a sua página da internet. Tais dados compreendem: informações

demográficas e indicadores socioeconômicos (IDH, PIB *per capita*, participação percentual das regiões no PIB, mortalidade infantil e número de conveniados na saúde suplementar).

Os indicadores socioeconômicos disponíveis no IBGE serviram para estudo comparativo sobre investimentos e frequência de procedimentos entre as várias regiões brasileiras. Já os dados demográficos serviram de base para o cálculo de estimativa de nascimentos com cardiopatia congênita nas unidades federadas.

Os dados obtidos do DATASUS/MS foram agrupados em dois intervalos: para os congênitos - de 1999 a 2004 e de 2005 a 2008. Para outros dados, também de congênitos, os agrupamentos foram de 2002 a 2004 e 2005 a 2008. Na análise das cirurgias valvares, os intervalos utilizados foram de 2001 a 2004 e de 2005 a 2008. O ano de 2004 foi tomado como base porque nele foi editada a Portaria nº 210 SAS/MS. Os dados se referem a todas as unidades federadas e foram relacionados com os obtidos no IBGE em 2008.

2.4 Análise dos resultados

Os dados primários advindos dos questionários foram compilados em banco de dados desenvolvido exclusivamente para a pesquisa. Os dados foram analisados mediante o uso de estatística descritiva, com gráficos, quadros, tabelas e medidas estatísticas; o teste estatístico utilizado foi o de proporção com um nível de significância de 5% (SPRENT; NIGEL, 2007).

Os dados secundários, extraídos do banco de dados do DATASUS, foram - congênitos: frequência e investimentos entre os anos de 1999 e 2008; distribuição por faixa etária entre os anos de 2002 e 2008; frequência e investimentos por unidade da Federação e regiões do ano de 2008; distribuição e produção das unidades habilitadas em cirurgia cardiovascular pediátrica por unidade federada e regiões no ano de 2008; - valvulares: frequência e investimento entre os anos de 2001 e 2008; e frequência por faixa etária e distribuição regional, no ano de 2008.

Para o setor de congênitos, a análise dos dados demonstra a evolução da frequência, investimentos e valor médio por procedimento, ao longo do período de dez anos e o comportamento da frequência, por faixa etária, entre o período de 2002 e 2008.

Foi dividido o período em dois grupos e comparados entre si, utilizando-se o ano de publicação da política, 2004, como o ponto de corte temporal: o primeiro, GRUPO I, entre os anos de 1999 e 2004, e o segundo, GRUPO II, entre 2005 e 2008. Analisou-se também o

comportamento do segundo grupo quanto a frequência, investimentos e valor médio por procedimento.

Ainda para o setor de congênitos, os dados de 2008, cruzados aos dados demográficos colhidos no IBGE, publicações sobre incidência de CC, dados publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre usuários de planos de saúde suplementar e dados fornecidos pelo DCCVPed, possibilitaram a demonstração dos deficits em cada unidade da Federação e, por conseguinte, das regiões.

Foram aplicados os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade para análise da política para o setor dos congênitos.

Aplicou-se o índice IPCA para recomposição dos valores médios, por procedimento, para os períodos de 1999 a 2008 e 1999 a 2010.

Para o setor dos valvulares, foram analisados os dados de frequência e investimentos no período de 2001 e 2008 e para o ano de 2008 a distribuição por faixa etária associada com a população das regiões, também por faixa etária, pôde identificar regiões de maior e menor frequência para este tipo de atendimento.

As entrevistas, depois de transcritas, foram identificadas com códigos e em seguida foi separado o conteúdo da fala que expressava o pensamento sobre o que havia sido indagado. Estes trechos foram categorizados e agrupados para cada questionamento. A análise dos discursos aconteceu tomando-se como referência premissas como equidade, regionalização e integralidade, as regulamentações da política e também o pensamento de autores que tratam do tema. O resultado da análise pôde interagir com os resultados dos questionários e pesquisa quantitativa dos dados secundários advindos do MS.

Entende-se discurso como algo mais do que a fala, algo mais que um conjunto de enunciados. O discurso é uma prática, e, como no caso de qualquer outra prática social, é possível definir as condições de sua produção. Todo discurso tem um contexto de produção, portanto, os discursos são práticas sociais que compreendem regras anônimas, constituídas no processo histórico, ou seja, determinadas no tempo e delimitadas no espaço, que, em uma época concreta e em grupos ou comunidades específicas e concretas, vão definindo condições que possibilitam qualquer enunciação (FOUCAULT, 2004, p.91-92, citado por IÑIGUEZ, 2004a).

Billig (1987) citado por Iñiguez (2004b) acentua que qualquer mensagem é ambígua, e todas exigem um esforço interpretativo do investigador. Nesse sentido, o papel do investigador não consiste em seguir direções de análise que conduzam a um objetivo predeterminado e sim interagir com os argumentos inerentes àquilo que dizem as pessoas e,

usando toda a gama de ferramentas analíticas ao seu dispor, trazer à luz tudo aquilo que não está explicitado (IÑIGUEZ, 2004b, p.127).

Foucault (2004, p.95) citado por Iñiguez (2004a) expõe a vontade daquele em dar à produção do conhecimento e do saber um caráter transformador e libertador, por meio da problematização. Esta põe em dúvida tudo aquilo que se presume ser evidente ou bom, questiona o que está configurado como inquestionável, duvida daquilo que é indubitável.

Problematizar é também, e principalmente, conseguir entender como e por que alguma coisa adquiriu um *status* de evidência inquestionável, como é que algo conseguiu se instalar, se instaurar, como “a-problemático”. Na problematização, o fundamental é desvendar o processo através do qual alguma coisa se constituiu como óbvia, evidente e certa (IBÁÑEZ, 1996, p.54 citado por IÑIGUEZ, 2004b, p.95.).

Para Iñiguez (2004a, p. 90) o pesquisador interessado nos âmbitos institucionais tem apenas que assumir que esse é um cenário normativo, de interação peculiar, onde a cotidianidade também tem seu lugar, onde a fala às vezes está marcada por um jargão linguístico específico, como ocorre, por exemplo, com os jargões profissionais. E continua Iñiguez (2004a, p. 82-83), citando Husserl citado por Garfinkel (1967), onde fala de expressões cujo sentido não pode ser definido pelo ouvinte sem que esse saiba ou presuma, necessariamente, algo sobre a biografia e os objetivos do usuário da expressão, as circunstâncias do enunciado, o rumo prévio da conversa, ou o relacionamento específico da atual ou potencial interação que existe daquele que expressou o enunciado com o seu ouvinte.

Os textos das portarias ministeriais (nº 1169/GM, nº 210 SAS/MS e SAS/MS nº 384) que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade foram analisados à luz dos achados quantitativos dos dados dos questionários, das entrevistas, dos resultados quantitativos advindos dos dados do MS/DATASUS e do pensamento de autores que teorizam sobre os princípios que embasam a referida política.

Os dados foram analisados mediante o uso de Estatística Descritiva, com gráficos, quadros, tabelas e medidas estatísticas; os testes estatísticos utilizados foram: teste para proporção (nas análises dos questionários) e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (nas análises de frequência e investimento), todos a um nível de significância de 5%.

2.5 Princípios Éticos

Quando se fala em ética, reporta-se à ação humana; não qualquer ação humana, mas a ação voluntária e livre, relacionada a atos que produzam consequências em outros (VÍCTORA, 2000, p.79).

Definido o objeto de estudo, o objetivo da pesquisa e a metodologia a ser empregada, passa-se à escolha de sujeitos representativos, tanto na área associativa quanto governamental, que possam contribuir na elucidação dos questionamentos elaborados na formulação da pesquisa. Nesse momento, por envolver pessoas, a preocupação em cumprir as premissas da ética em pesquisa, fizeram que se aprofundasse o conhecimento específico, com o objetivo de oferecer à relação pesquisador-sujeito da pesquisa um vínculo de respeito e confiança.

A ética deve ser vista como parte importante da situação de pesquisa e há de ser levada em conta desde os primeiros momentos de sua concepção. Na pesquisa qualitativa, a técnica de observação é, por vezes, apontada como problemática, pela invasão de privacidade que pode representar, mesmo quando consentida. Outra questão presente nas discussões sobre ética e pesquisa refere-se ao anonimato dos pesquisados, o qual deve ser garantido (VÍCTORA, 2000, p.81).

Entende-se por consentimento informado ou autorizado, dado de forma voluntária, por uma pessoa capaz de tomar decisões no seu melhor interesse, no sentido de permitir a realização de um procedimento clínico, cirúrgico ou de pesquisa, após terem sido fornecidas todas as informações necessárias à plena compreensão dos riscos, desconfortos e benefícios associados (VÍCTORA, 2000, p.82).

Alguns aspectos importantes foram considerados na formulação do Termo de Consentimento, como: informação sobre a pesquisa; danos, riscos e desconfortos; benefícios; voluntariedade; privacidade e anonimato; e acesso a novas informações sobre a pesquisa que digam respeito ao sujeito da investigação.

Foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96, visando, fundamentalmente, a resguardar o respeito às pessoas (BRASIL, 1996).

Foi solicitada apreciação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Protocolo do CEP/HM 638/09, sendo obtida permissão para realizar o experimento em 25 de agosto de 2009.

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 As Cardiopatias

a) Cardiopatias Congênitas

Para Mitchell, Korones e Berendes (1971), cardiopatia congênita é uma malformação anatômica grosseira do coração ou dos grandes vasos intratorácicos, que apresenta real ou potencial importância funcional. O uso dessa definição exclui, portanto, anomalias como valva aórtica bicúspide sem disfunção valvar, prolapso de valva mitral, persistência de veia cava superior esquerda, origem anômala da artéria subclávia esquerda, refluxos valvares mínimos ou alterações funcionais sem componente anatômico. Outra definição, proposta por Friedman (1997, p.877), refere à doença congênita cardiovascular como uma anormalidade na estrutura ou função cardiocirculatória que está presente no nascimento, mesmo que descoberta muito depois.

O cuidado com adultos e crianças com doença cardíaca congênita teve um grande progresso nos últimos 60 anos e, mesmo as malformações cardíacas mais complexas, podem atualmente ser tratadas com real otimismo quanto ao futuro. Nos últimos anos, o foco tem sido a melhoria da qualidade do cuidado, não apenas no período após a intervenção, mas também na evolução em longo prazo dos pacientes, com um foco crescente nos adultos com doença cardíaca congênita.

a.1) Epidemiologia da Doença Cardíaca Congênita

Globalmente, cerca de 130 milhões de crianças nascem a cada ano. Dessas crianças, cerca de quatro milhões morrem no período neonatal, ou seja, nos primeiros 30 dias de vida. Desses óbitos 99% ocorrem em países de baixa ou média renda (ZUPAN; AAHMAN, 2005). De acordo com vários relatos cerca de 7% dessas fatalidades são atribuíveis a malformações congênitas, em sua maior parte delas cardíacas (LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005).

Relata-se que as doenças cardíacas congênitas afetam aproximadamente um em cada 125 indivíduos nascidos. Consequentemente cerca de um milhão de bebês nascem com cardiopatias congênitas. Nove em cada dez desses recém-nascidos vêm ao mundo em áreas do globo onde o cuidado médico é inadequado ou inexistente. Dos 280.000 bebês que morrem a

cada ano de anomalias cardíacas congênitas no período neonatal, mais de 250.000 não têm acesso ao cuidado que foi desenvolvido nos últimos 60 anos e que tem permitido a cirurgias cardiovasculares e cardiologistas em torno do mundo salvar milhões de vidas, frequentemente com medidas bem simples (LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005).

Estudos iniciais de incidência demonstram taxas de aproximadamente 8:1.000 a 9:1.000 nascimentos (Hofmann, 1968, 1978, citados por Rivera et al., 2007; Mitchell; Korones; Berendes, 1971), que podem ter aumentado discretamente após a disponibilidade de estudo ecocardiográfico e pelo reconhecimento de malformações sem repercussão hemodinâmica evidente (RIVERA et al., 2007).

Hoffman e Kaplan (2002) relatam uma variação na incidência de CC de 4/1000 a 50/1000 nascimentos, estando relacionada, a maior incidência, à inclusão de lesões de pequena severidade e que apresentam resolução sem a necessidade de intervenção médica.

Para o referido autor, a incidência de doença cardíaca congênita (DCC) severa, que necessitará de cuidado cardiológico especializado, está estabilizada em torno de 2,5 a 3 por 1.000 nascimentos. As formas moderadamente severas de DCC provavelmente são responsáveis por mais três por 1000 nascimentos, muito embora outros 13/1000 nascimentos tenham valvas aórticas bicúspides (VABs) que, eventualmente também necessitarão de cuidado cardiológico (HOFFMAN; KAPLAN, 2002).

É provável que a maior parte dos pacientes nos grupos severo e moderado sejam detectados em qualquer bom sistema médico, e que as lesões que são a maior causa de variabilidade apareçam no grupo leve. Uma vez que as comunicações interventriculares (CIVs) há muito tem sido reconhecida como as formas isoladas mais frequentes de DCC, seu número vai influenciar muito na incidência total de DCC. A principal razão para este aumento de incidência de DCC e de CIVs após 1985 foi a inclusão de CIVs menores com o crescente uso da ecocardiografia. Consequentemente, um número crescente de estudos passa a relatar, após esta data, incidência maior que 10/1.000 nascimentos (HOFFMAN; KAPLAN, 2002).

Lefkowitz e Willerson (2001) asseveram que um milhão de bebês nasce a cada ano com defeitos cardíacos. Esta cifra parece extraordinariamente alta. As estimativas de incidência de doença cardíaca congênita em recém-nascidos variam de 4.1/1000 a 12.3/1000 (HOFFMAN, 2000). Assumindo-se a realidade segundo a qual aproximadamente quatro milhões de crianças nascem nos Estados Unidos anualmente (Kleigman, 1996 citado por Sissman, Willerson e Lefkowitz, 2001), isto representa entre 16.200 e 49.200 novos casos de doença cardíaca congênita a cada ano.

De fato, a prevalência total de cardiopatia congênita nos USA, estimada em Hoffman (2000), é apenas um pouco mais que um milhão: 643 000 naqueles menores de 20 anos e em redor de 400 000 nos de 21 anos ou mais.

No Brasil encontra-se um estudo sobre epidemiologia de CC, na cidade de Londrina, que revelou uma relação entre o número de crianças portadoras de cardiopatia congênita e de nascimentos de 5,494:1.000. Os dados incluíram: todas as crianças com cardiopatia congênita nascidas em hospitais públicos ou na rede hospitalar conveniada ao SUS; as crianças com suspeita de serem portadoras de cardiopatia congênita, encaminhadas das unidades básicas de saúde para os ambulatórios de cardiologia pediátrica (GUITTI, 2000). O ensaio, porém, deixa de fora pacientes acima de nove anos de idade, os nascidos em unidades particulares ou domiciliares e aqueles dos quais não se suspeitou por serem oligossintomáticos, mas que necessitariam de algum tipo de intervenção ao longo da vida.

Análise de vários estudos realizados por Guitti (2000) evidenciou índices que variam de 4,50 a 8,80 por 1.000 nascimentos. Diferenças metodológicas – especialmente a abrangência da atitude diagnóstica e o rigor no critério de admissão dos casos - poderiam explicar discrepâncias tão significativas.

Sadeck et al (1997) (HC-FMUSP) estudou a prevalência de CC em recém-nascidos de grupo de risco: filhos de mães com CC; filhos de mães com *Diabetes mellitus*; RNasc com peso <1500g; RNasc portadores de malformações extracardíacas e RNasc com sinais sugestivos de comprometimento cardíaco. A prevalência para esta população foi de 21,8%, variando de 10,7% até 40,7%.

Ferencz et al (1985) admitiu que critérios muito restritivos podem constituir vieses, quando se pretende avaliar a prevalência real das cardiopatias congênitas. Conceito semelhante foi defendido em Hoffman e Christianson (1978) e também por Lorenzo et al (1985) que, em estudo realizado na Espanha, numa população de 38.674 escolares, com idades entre quatro e 12 anos, todos sem diagnóstico prévio de cardiopatia congênita, detectou incidência de 2,3:1.000. Os autores citam vários estudos realizados em outras regiões, com resultados similares.

A seleção da população na qual o estudo é realizado também é fonte de grandes diferenças nos cálculos epidemiológicos. Assim, se por um lado se estima que 20% das crianças com cardiopatia congênita morrem no primeiro ano de vida (CABO, 1986), e, portanto, o estudo após essa idade poderia subestimar a real prevalência de cardiopatia congênita, por outro, também se acredita que aproximadamente 30% das cardiopatias congênitas possam não ser diagnosticadas nas primeiras semanas de vida (ABU-HARB;

HEY; WREN, 1994), fator que também poderia subestimar a real prevalência da doença no recém-nascido.

Adotou-se um recorte para o estudo de estimativa de incidência de CC no Brasil de 9/1000 nascimentos. Considerando que, em torno de 20% destes, a cura é espontânea ou não necessite de correção, relacionada a defeitos menos complexos e de repercussão hemodinâmica discreta, a estimativa de necessidade de procedimentos para correção de cardiopatias congênitas é de 7,2/10 00 nascimentos.

O número de nascimentos entre 1999 e 2008 no Brasil variou de 3.256.433 para 2.917.432, uma inflexão de 10,4% (Gráfico 1). Importante é expressar que, no Brasil, segundo o IBGE, em 2006 o sub-registro de nascimentos foi de 12,7%. Quando a análise é feita conforme a região, o Nordeste, com 22% de sub-registros, detém o maior índice, enquanto a região Sul com 0,8 apresenta a menor taxa. Norte, Sudeste e Centro-Oeste exibem índices de 21%, 6,9% e 9,1%, respectivamente (Gráfico 2).

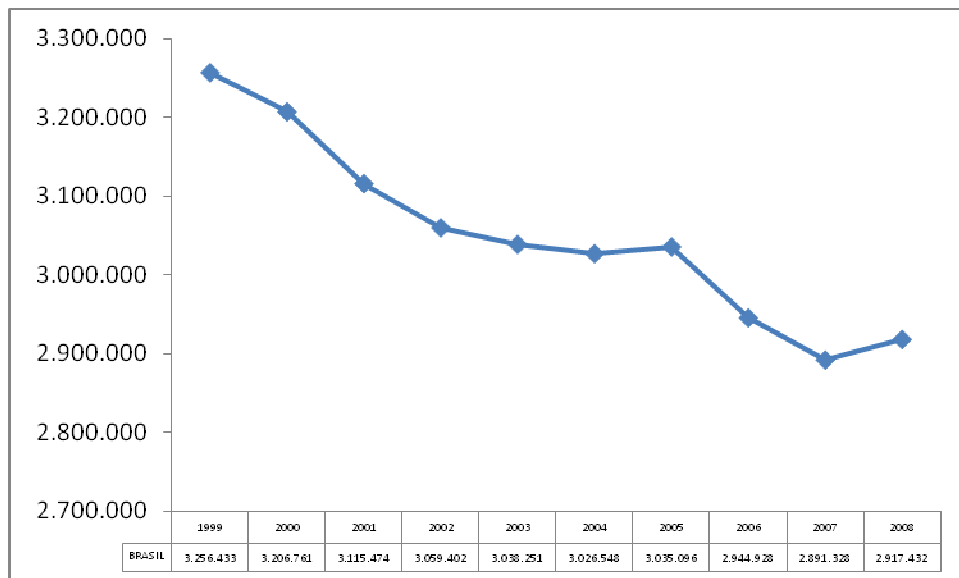


Gráfico 1 – Evolução dos nascimentos no Brasil entre 1999 e 2008

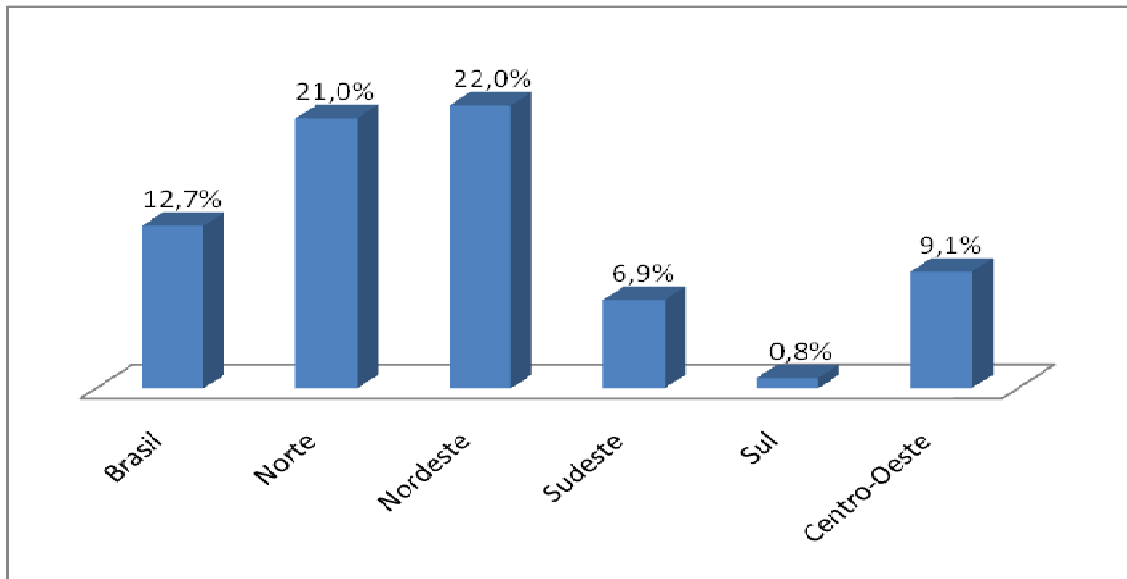


Gráfico 2 – Taxa de sub-registro de nascimentos, conforme as regiões, para o ano de 2006
Fonte: IBGE/2008

Com base em 7,2/1000 nascimentos, para cálculo de necessidade de novos procedimentos de correção de cardiopatias congênicas, o Brasil apresentou variação negativa, motivada pela diminuição dos nascimentos, de 23.446 procedimentos/ano em 1999 para 21.006 procedimentos/ano em 2008, declínio de 10,4%. Não são consideradas para esta estimativa as re-intervenções por procedimentos estagiados, lesões residuais e substituição de próteses.

A variação da necessidade de procedimentos entre o período de 1999 e 2008 nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste foi de aumento de 10,3% para a primeira e de decréscimo de 3,6%, 16,6%, 21% e 5,5%, respectivamente, nas demais (Tabela 2).

Tabela 2 – Estimativa de necessidade de operações para correção de cardiopatias congênicas no período de 1999 a 2008, em todas as regiões

Região	Ano										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	%
Norte	2.054	2.093	2.156	2.169	2.242	2.226	2.267	2.286	2.245	2.266	10,4
Nordeste	6.592	6.668	6.783	6.694	6.697	6.558	6.660	6.389	6.326	6.355	-3,6
Sudeste	9.729	9.405	8.859	8.605	8.504	8.488	8.437	8.204	8.084	8.117	-16,6
Sul	3.386	3.247	2.995	2.924	2.806	2.867	2.823	2.729	2.613	2.673	-21
C-Oeste	1.686	1.675	1.638	1.636	1.627	1.653	1.665	1.596	1.550	1.594	-5,5
Brasil	23.446	23.089	22.431	22.028	21.875	21.791	21.853	21.203	20.818	21.006	-10,4

a.2) Etiologia

Um grande desafio para clínicos e cientistas é entender as causas desses erros de desenvolvimento, relativamente comuns, e sua possível prevenção. As principais causas dos defeitos cardíacos congênitos (DCC) podem ser reunidas em dois grandes grupos: agentes ambientais e causas genéticas. A exposição do embrião em desenvolvimento aos numerosos agentes ambientais, incluindo teratógenos químicos, agentes infecciosos e algumas doenças maternas, demonstra de modo claro causar defeitos cardíacos. A frequência relativamente alta e constante desses defeitos em várias regiões geográficas diferentes, porém, reforça a ideia de que os efeitos ambientais não são as maiores causas de DCC. Vários estudos demonstram que esses fatores são responsáveis por 2% de todas as anomalias do coração (CERNACH, 2008).

As anomalias cardíacas isoladas são definidas como de etiologia multifatorial, em que a predisposição genética do indivíduo interage com o ambiente produzindo o defeito. O risco de repetição na irmandade para a maioria dos defeitos cardíacos isolados é de aproximadamente 5% (risco empírico). O risco, entretanto, pode estar aumentado em virtude da existência de alguns fatores, como a presença de outros afetados na família, o grau de parentesco entre os afetados e existência de consanguinidade, podendo o risco de recorrência ser maior do que 10%. Em alguns tipos específicos, já se comprovou padrão de herança autossômica dominante, com 50% de taxa de recorrência (CERNACH, 2008).

Acredita-se que uma só etiologia atue por um só mecanismo para produzir um defeito anatômico. Dados experimentais e indicativos epidemiológicos sugerem que a variação de anomalias possa ser originada de apenas um mecanismo (CERNACH, 2008).

a.3) Classificação, Frequência e História Natural

Mattos et al (2008) classifica as cardiopatias congênitas em dois grandes grupos – acianogênicas e cianogênicas – que por sua vez se dividem em cinco novos subgrupos, exemplificando cada um deles com algumas cardiopatias com seus respectivos percentuais de frequência (Figura 1).

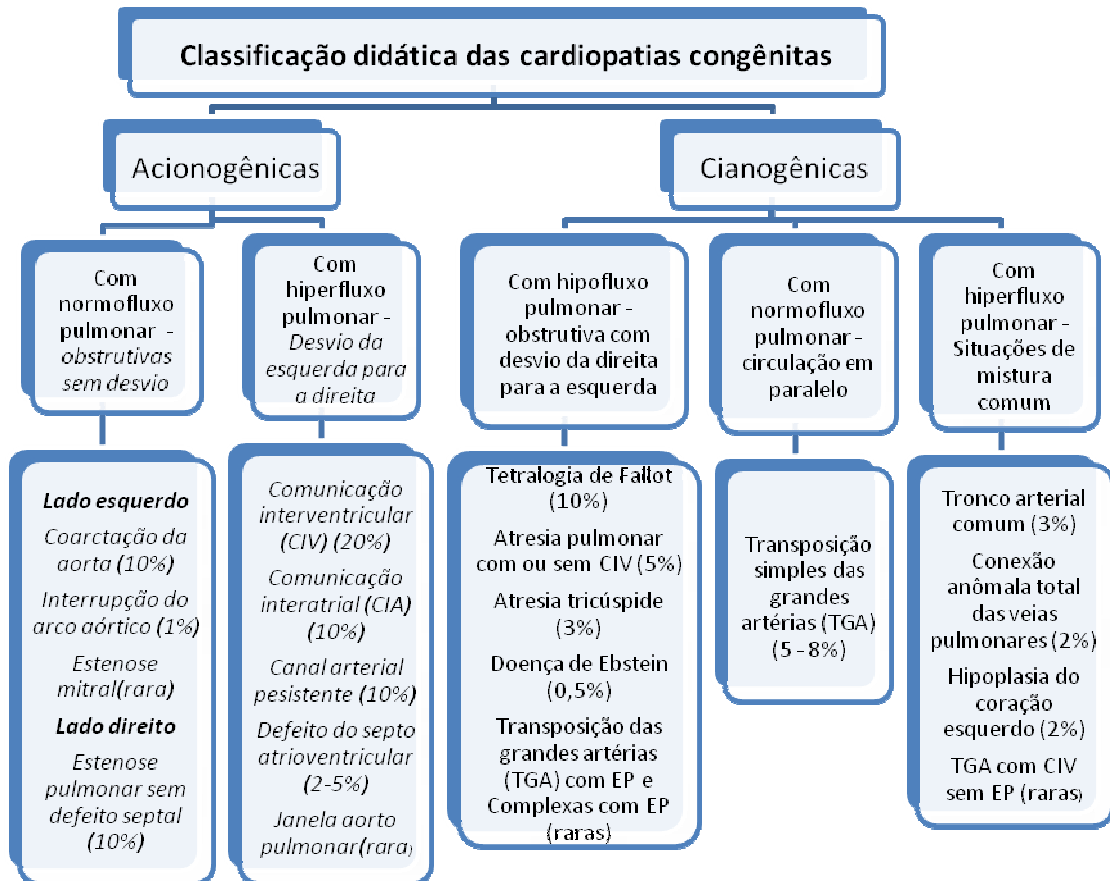


Figura 1 – Classificação das cardiopatias congênicas com a porcentagem aproximada de ocorrência

Fonte: Mattos (2008)

Algumas cardiopatias, por sua ocorrência e ou mortalidade, assumem papel de destaque na prática médica, sendo importante descrever algumas particularidades, com o objetivo de oferecer aos que se dedicam ao cuidado desses pacientes, como profissionais de saúde, gestores e profissionais de áreas afins, a dimensão da importância do tratamento adequado e em tempo hábil.

- Comunicação Interatrial (CIA)

A comunicação interatrial (CIA) caracteriza-se como defeito representado por abertura ou orifício que permite a passagem de sangue entre os átrios, podendo ocorrer em um ou mais locais do septo, seja por ausência de estrutura do próprio septo ou por ausência de tecido do teto da veia pulmonar ou do seio coronário (SC) (COSTA; DUARTE; KRAYCHETE, 2008).

Ocorre em uma frequência de 1:1.500 nascimentos, representando de 6 a 10% de todos os defeitos cardíacos congênitos, com prevalência maior no sexo feminino, em uma razão de 2:1. Sua forma mais comum, *Ostium secundum*, representa cerca de 80% dos pacientes.

Radzik et al (1994) refere incidência de fechamento espontâneo em 87% das CIA diagnosticadas antes da idade de três meses. A frequência e o intervalo de tempo para o fechamento foram proporcionais ao diâmetro do defeito: 100% dos defeitos menores do que 3mm, 87% daqueles com 3 a 5 mm, 80% daqueles com 5 a 8 mm. Não se observou fechamento espontâneo em pacientes cujo defeito tinha diâmetro superior a 8 mm.

Sealy, citado por Costa, Duarte e Kraychete (2008), relata incidência de arritmia atrial que varia de 11 a 38%, dependendo da relação QP/QS. Essas arritmias ocorreram em menos de 25% dos indivíduos com idade inferior a 30 anos e em mais de 50% daqueles com idade superior a 30 anos, sendo causadas por estiramento da parede atrial.

A síndrome de Eisenmenger, inversão do *shunt* para a esquerda, provocada por hipertensão arterial pulmonar, ocorre em menos de 10% dos casos (CHERIAN citado por COSTA; DUARTE; KRAYCHETE, 2008).

Campbell, citado por Costa (2008), relata na história natural da CIA, mortalidade baixa nas primeiras duas décadas de vida e, a partir daí, 25% até os 27 anos, 50% por volta dos 36 anos, 75% até os 50 anos e 90% em torno dos 60 anos. As causas mais frequentes de morte tardia são a insuficiência cardíaca congestiva e as arritmias, que crescem em frequência com o avançar da idade, em proporção direta à magnitude do desvio.

A expectativa de vida dos pacientes operados quando crianças é igual à da população geral e, conforme experiência da Mayo Clinic, em 27 anos de acompanhamento dos pacientes operados antes dos 25 anos, a sobrevida foi igual à de controle da mesma idade (COSTA; DUARTE; KRAYCHETE, 2008).

- Persistência do Canal Arterial (PCA)

A persistência do canal arterial (PCA), também denominada canal arterial persistente ou canal arterioso persistente, é uma doença cardíaca classificada como acianogênica, sendo uma das mais frequentes dentre as cardiopatias congênitas. Resulta da falta de oclusão de um canal vascular que comunica o istmo da aorta (junção da crossa com a aorta descendente) ao teto da bifurcação do tronco pulmonar (SILVA; BEMBOM; SILVA, 2008).

Com frequência, associa-se com outras cardiopatias congênitas, muitas vezes sendo, portanto, responsável pela manutenção da vida do paciente. No grupo de cardiopatias congênitas que cursam com hipofluxo pulmonar, pode-se dizer que a manutenção do canal arterial é benéfica ao paciente, uma vez que compensa a deficiência do seu fluxo pulmonar. Quando o canal arterial se encontra associado a outras doenças de hiperfluxo pulmonar, sua presença ocasiona maior sobrecarga ventricular esquerda e, portanto, falência ventricular mais precoce (SILVA; BEMBOM; SILVA, 2008).

O canal arterial está sempre presente por ocasião do nascimento. Após o parto, a oclusão ocorre em dois estádios. O primeiro acontece de 10 a 15 horas depois do nascimento da criança a termo e é causada pela contratura da musculatura da parede do canal. O segundo estágio ocorrerá nas próximas três semanas, decorrente da proliferação intimal do canal que provoca seu fechamento definitivo. Essa proliferação apenas completa um processo que já havia iniciado no terceiro trimestre da gestação, por meio de migração celular pela limitante elástica interna do vaso e síntese de matriz extracelular (SILVA; BEMBOM; SILVA, 2008).

Quando existe o canal arterial, a taxa de mortalidade é maior no primeiro ano de vida nos casos mais graves, decaindo após esse período. A morte está relacionada a falência intratável do ventrículo esquerdo, secundária a períodos longos de sobrecarga de volume. As causas de morte podem ser relacionadas também a infecções respiratórias e a doença vascular pulmonar (SILVA; BEMBOM; SILVA, 2008).

Os pacientes operados podem ter vida normal, sem restrições, e a sobrevida é igual à da população em geral, no entanto, se já tinham hipertensão pulmonar, podem continuar com progressão da doença vascular pulmonar e devem ser acompanhadas pelo cardiologista pelo resto da vida (VALENTE; CIRINO, 2008).

- Comunicação Interventricular (CIV)

A comunicação interventricular (CIV) é a maneira mais comum de cardiopatia congênita, caracterizando-se anatomicamente pela presença de um ou mais orifícios, de tamanho e forma variáveis, no septo interventricular e fisiopatologicamente pela possibilidade de passagem de sangue da câmara ventricular com maior pressão para a câmara ventricular com menor pressão (MARCHI; GODOY; CROTI, 2008).

A prevalência varia principalmente de acordo com a faixa etária estudada e o armamentário diagnósticos utilizados. De qualquer forma, em praticamente todas as estatísticas, a CIV é a cardiopatia congênita mais frequente, quando não se considera a valva

aórtica bivalvulada isolada como cardiopatia, com valores variando de dez a cerca de 40% (MARCHI; GODOY; CROTI, 2008).

A avaliação combinada de vários estudos mostra que a probabilidade de fechamento espontâneo varia de 23 a 79% dos casos, devendo-se destacar que existem diferenças na taxa de ocorrência de fechamento espontâneo de acordo com a localização anatômica do defeito. Assim, os defeitos localizados na região perimembranosa têm taxas de fechamento variando de 15 a 44%, ao passo que os musculares exibem valores mais altos, entre 42 a 88% (MARCHI; GODOY; CROTI, 2008).

Corone et al (1977) relatam no seguimento de 790 pacientes portadores de CIV mantidos sem intervenção cirúrgica por até 25 anos (seguimento médio de seis anos), perfazendo um total de 4.717 pacientes-ano, uma frequência de ocorrência de endocardite infecciosa de 37% e de insuficiência valvar aórtica de 6,3%.

Pacientes adultos operados de CIV sem hipertensão pulmonar têm excelente sobrevida, mas os operados tardiamente, com certo grau de hipertensão pulmonar, podem evoluir com processo da doença vascular obstrutiva pulmonar e 5,5% necessitam de segunda cirurgia para fechamento de CIV residual (VALENTE; CIRINO, 2008).

- Tetralogia de Fallot (T4F)

A tetralogia de Fallot (TF) é caracterizada por: presença de uma comunicação interventricular (CIV) ampla; obstrução muscular na saída do ventrículo direito; dextroposição da aorta; e hipertrofia do ventrículo direito (FURLANETTO; BINOTTO, 2008).

A história natural de pacientes com TF é variável, sendo determinada pela gravidade da obstrução da via de saída do ventrículo direito. Rygg, Olesen e Boesen (1971) relataram que 90% dos pacientes não operados morriam antes de 25 anos. Bertranous, Blachstone e Hazelrig (1978) estimou a expectativa média de vida sem tratamento ao redor de 12 anos. Segundo esse autor, cerca de 10% dos pacientes atingem os 30 anos e somente 3% os 40anos.

A sobrevida de pacientes operados de tetralogia de Fallot na idade adulta é boa. Isso foi avaliado em 39 pacientes com idade média de 26,6 anos, 10,3% com um Blalock prévio. A mortalidade hospitalar e tardia foi de 5,1 e 7,7%, respectivamente (VALENTE; CIRINO, 2008).

A sobrevida foi de 91,2% em três anos, 85,5% em sete anos e 68,4% em 15 anos. Os maiores preditivos de morte súbita são: idade avançada na época da cirurgia; insuficiência pulmonar grave; aumento progressivo do QRS; disfunção do ventrículo esquerdo (VALENTE; CIRINO, 2008).

- Coarctação da Aorta (CoAo)

A expressão coarctação da aorta deriva do latim *coarctatio*, que, traduzido literalmente, significa contração. Quando usado para descrever uma anomalia congênita da aorta, refere-se classicamente a uma constrição no istmo aórtico, entre a subclávia esquerda e a inserção do canal arterial ou ligamento arterial. Outros locais também podem ser sedes da obstrução, como na aorta abdominal, junto à artéria renal (COSTA; MENDONÇA; NASCIMENTO, 2008).

Apesar dos avanços tecnológicos incorporados ao procedimento cirúrgico, a recoarctação permanece sendo a complicação mais importante, e sua incidência varia de 2 a 50% (COSTA; MENDONÇA; NASCIMENTO, 2008).

Na avaliação de duas grandes séries, uma com 200 e outra com 140 pacientes, a média de idade da morte para os 340 casos foi de 31 anos e 76% das mortes foram atribuídos a complicações da própria coarctação. Insuficiência cardíaca congestiva - ICC aconteceu em 26% das mortes com idade média de 37 anos. Ruptura da aorta em 21%, endocardite em 18% e hemorragia intracraniana 12% ocorreram em uma idade média de 25 a 29 anos. 60% dos pacientes não tratados com coarctação da aorta grave falecem antes do primeiro ano de vida. Recoarctação acontece em mais ou menos 6% após a cirurgia e em 25% nos casos após angioplastia sem *stent* (VALENTE; CIRINO, 2008).

- Transposição das Grandes Artérias (TGA)

A transposição das grandes artérias (TGA) é reconhecidamente a cardiopatia congênita cianogênica mais frequentemente encontrada ao nascimento, incidindo entre 0,218 a 0,442 por 1.000 nascimentos e , reconhecida pela primeira vez em 1797 por Baillie (JATENE; JATENE, 2008).

Van Praagh et al (1964), introduziram os termos conexão concordante e discordante bem como o vocábulo d-transposição das grandes artérias, definindo-se assim a TGA como discordância ventrículo-arterial com concordância atrioventricular.

Divide-se a d-TGA anatomicamente em três grupos: com septo interventricular íntegro, d-TGA simples; d-TGA com comunicação interventricular (CIV), presente em menos de 25% dos casos de d-TGA; e d-TGA com obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo presente em menos de 10% daqueles com CIV (CASTANEDA et al., 1994) .

A associação de outras anormalidades permite algum grau de compensação, com possibilidade de sobrevida mais prolongada, dando tempo para que se possa programar a melhor forma de tratamento. Estudos demonstram que 28,7% das crianças evoluem para o óbito na primeira semana de vida, 51,6% no primeiro mês e 89,3% não sobrevivem até o primeiro ano, caso não se interfira cirurgicamente nessa trágica evolução. A etiologia é desconhecida, mas sua incidência é particularmente elevada em filhos de mães diabéticas ou pré-diabéticas, ou em mulheres submetidas a tratamento com hormônios sexuais (JATENE; JATENE, 2008).

O tratamento cirúrgico desta doença depende do tipo anatômico, das condições clínicas e da idade do paciente. O tratamento corretivo de escolha para as transposições das grandes artérias com septo interventricular íntegro e as com CIV, é a “operação de Jatene”, tida como correção anatômica por proporcionar a conexão do ventrículo esquerdo à aorta e do ventrículo direito à pulmonar. Na impossibilidade da correção anatômica por incapacidade de o ventrículo esquerdo (VE) suportar a pressão sistêmica, fato encontrado nos pacientes com TGA simples após os primeiros 30 dias de vida em que o VE perde massa por estar conectado ao pulmão, território onde a pressão tende a baixar nas semanas que seguem ao nascimento, indica-se a correção onde a inversão de fluxo acontece no plano atrial, operação de *Senning* ou *Mustard*. Naqueles pacientes nos quais a TGA é acompanhada de CIV e obstrução da via de saída do VE, o tratamento corretivo proposto é a operação de *Rastelli*, conexão do VE com a aorta e conexão do ventrículo direito com a artéria pulmonar por meio de tubo.

Os pacientes submetidos à correção de inversão atrial, do tipo *Senning*, podem apresentar como complicações, na evolução tardia, arritmias atriais, obstruções nos túneis e disfunção do ventrículo direito com insuficiência tricúspide.

A operação de *Rastelli* tem o inconveniente do uso de prótese para conexão VD-TP e a complicação tardia mais frequente está relacionada à necessidade de troca do enxerto por disfunção.

Nas correções do tipo Jatene, a sobrevida livre de reoperações está em torno de 90% e as principais causas para reintervenções são: obstrução na via de saída do ventrículo direito, obstrução das coronárias, insuficiência aórtica e obstrução da via de saída do VE.

- Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV)

O defeito do septo atrioventricular é uma malformação congênita relativamente frequente, cuja prevalência varia de 3,4 a 5,2% dos defeitos congênitos do coração. Em geral, está associado com portadores da síndrome de Down em 35 a 45%, com ligeira predominância do sexo masculino em relação ao feminino (1,1: 1) e com maior incidência da forma total (FURLANETTO; MARTINS, 2008).

A forma total do defeito do septo atrioventricular, quando não tratada, em geral, resulta em óbito antes dos 15 anos. A mortalidade precoce decorre da insuficiência cardíaca resultante do grau de insuficiência da valva atrioventricular única (FURLANETTO; MARTINS, 2008).

As crianças não operadas e que desenvolveram resistência vascular pulmonar elevada apresentam alta mortalidade. Alguns pesquisadores demonstraram que pode ocorrer doença vascular pulmonar entre seis meses e um ano. Algumas vezes, a resistência vascular pulmonar elevada é diagnosticada no pós-operatório, mesmo em pacientes operados antes dos seis meses (FURLANETTO; MARTINS, 2008).

Em pacientes com DSAV forma total, operados, deve-se atentar para a regurgitação da válvula atrioventricular. Crawford e Stroud citado por Valente e Cirino (2008), avaliaram 172 pacientes operados de defeito do septo atrioventricular forma total com idade média de 10,8 meses. Na primeira década depois da cirurgia, 94,5 +/- 3,1% dos pacientes estavam livres de reoperação para regurgitação mitral, diminuindo na segunda década para (84,2 +/- 6,6%) (p=0,0679).

- Síndrome do Coração Esquerdo Hipoplásico

A síndrome do coração esquerdo hipoplásico (SCEH) é um conjunto de anomalias cardíacas congênitas, que consiste na hipoplasia significativa ou ausência de ventrículo esquerdo e hipoplasia de aorta descendente. Na sua forma mais grave, ocorrem atresia das valvas aórticas e mitral e ausência de cavidade do ventrículo esquerdo funcional (SILVA; FONSECA, 2008).

Muitos neonatos morrem entre uma e duas semanas de vida. Apenas 40% sobrevivem ao período neonatal e a sobrevivência acima de seis semanas é incomum. A SCEH presente em 7,5% dos neonatos com cardiopatias congênitas corresponde a 25% das mortes cardíacas durante a primeira semana de vida e 15% no primeiro mês de vida. O canal arterial começa a fechar logo após o nascimento. Em muitas crianças, o fechamento do canal

causa restrição do sistema de perfusão, acidose metabólica, colapso circulatório e morte. Se o canal arterial for mantido amplo, ocorrem progressivo aumento na circulação pulmonar e subsequente decréscimo no débito cardíaco sistêmico, edema pulmonar, hipoperfusão das artérias coronarianas e morte.

A SCEH é uma patologia quase sempre fatal, e os óbitos ocorrem geralmente por volta de um mês. Portanto, a intervenção cirúrgica é necessária nos primeiros dias de vida (SILVA; FONSECA, 2008).

Existem duas formas de tratamento cirúrgico - o transplante cardíaco neonatal, que é reduzido em razão da baixa disponibilidade de doadores compatíveis e dos efeitos colaterais da imunossupressão a longo prazo; a outra forma de tratamento é a reconstrução paliativa estagiada, proposta por Norwood; sendo o primeiro estágio a operação de Norwood, o segundo a derivação cavopulmonar parcial (operação de Glenn bidirecional) e o terceiro a derivação cavopulmonar total (operação tipo Fontan). Os transplantes cardíacos constituem reserva para os casos de disfunção grave de ventrículo direito e elevada resistência vascular pulmonar (SILVA; FONSECA, 2008).

Atualmente, a sobrevida hospitalar mantém-se variável entre as instituições. O resultado no primeiro estágio tem melhorado na última década, com mortalidade hospitalar em torno de 10% nos melhores grupos e de cerca de 30% naqueles com larga experiência em cirurgia cardíaca neonatal. Dados do Congenital Heart Surgeons Society Data Center, em um estudo prospectivo realizado em 29 instituições, mostraram sobrevida de 72, 60, e 54%, respectivamente, com um mês, um ano e cinco anos após a correção estagiada (SILVA; FONSECA, 2008).

- Conexão Atrioventricular Univentricular

O ventrículo único é uma rara, porém complexa, doença cardíaca congênita, que se caracteriza por massa ventricular única que é capaz de suportar as circulações, sistêmica e pulmonar. Representa 7,7% de todas as malformações cardíacas congênitas e está presente em quatro a oito por 10.000 nascimentos (SANTOS; MORAES NETO, 2008).

Sem manuseio cirúrgico, a sobrevida é bastante limitada, ocorrendo óbito em 64% dos pacientes na infância, sendo 50% já no período neonatal. A sobrevida observada em uma série de 191 pacientes, sem correção cirúrgica definitiva, foi de 57% com um ano, 43% com cinco anos e 42% com dez anos (SANTOS; MORAES NETO, 2008).

Pacientes com cirurgia paliativa apresentam sobrevida de $68 \pm 12\%$ cinco anos após realização de bandagem da artéria pulmonar e $72 \pm 12\%$ após desvio sistêmico-pulmonar (SANTOS; MORAES NETO, 2008).

Para o mesmo autor, os resultados da operação do tipo Fontan, tratamento definitivo funcional, nos pacientes com ventrículo único, a longo prazo, têm sido estudados em um *follow-up* superior a dez anos e demonstrado sobrevida superior a 90%.

a.4) Cardiopatia Congênita no Adulto

Nos dias atuais, estima que 85 % das crianças nascidas com DCC sobreviverá até a idade adulta e que este percentual aumentará ainda mais nas próximas duas décadas, em razão da melhora contínua das técnicas cirúrgicas e terapêuticas (MOLLER et al., 1994). Nos países industrializados com baixa taxa de natalidade, o número de adultos com DCC atualmente é igual ao das crianças com malformações cardíacas (WEBB; WILLIAMS; 2001). Uma estimativa conservadora do número de pacientes com DCC que sobrevivem até a idade adulta nos Estados Unidos dá a cifra de 787.800 casos para o ano 2000, dos quais 117.000 tinham DCC grave e 302.000 de severidade moderada (WARNES et al., 2001). Extrapolando estes achados para a população espanhola, se estima que há mais de 100.000 adultos com DCC no país (OLIVER, 2003).

Para Dearani (2009) a frequência de cardiopatia congênita na população é de aproximadamente 1 %. Como a população dos Estados Unidos é de aproximadamente 295 milhões, o número estimado de cidadãos nos Estados Unidos com cardiopatia congênita está em torno de três milhões.

De 1940 até 2002, cerca de um milhão de pacientes com lesões simples e metade deste número com lesões moderadas e complexas nasceram nos Estados Unidos. Se todos fossem tratados, haveria 750.000 sobreviventes com lesões simples, 400.000 com lesões moderadas e 180.000 com lesões complexas; além disso, haveria 3.000.000 de indivíduos vivos com valvas aórticas bicúspides. Sem tratamento, a sobrevivência em cada grupo seria 400.000, 220.000 e 30.000, respectivamente. Os sobreviventes das cifras reais estarão entre estes dois conjuntos de estimativas. A sobrevivência dos pacientes com doença cardíaca congênita, tratados ou sem tratamento, se espera produzir um grande número de adultos com enfermidades congênitas, e é provável que muitos mais cardiologistas de adultos tenham que ser capacitados para administrar lesões congênitas moderadas e complexas (HOFFMAN; KAPLAN; LIBERTHSON, 2004).

A avaliação do número de pacientes é importante para revelar os riscos de incidência fatal durante a atividade física no grupo de adultos com cardiopatia congênita. Há necessidade de conhecimento e educação sobre os riscos potenciais durante a prática de esportes pelos treinadores, professores, pessoal de saúde, empregadores, pais, cuidadores e pelos próprios pacientes (FREDRIKSEN, 2007).

Transição da atenção da cardiologia pediátrica para a cardiologia de adultos deve ser organizada em cada país e deve refletir a história, a política e a realidade regionais. A transição da atenção requer boa vontade dos pais, adolescentes, cardiologistas pediátricos e de adultos. Clínicas de transição conduzidas conjuntamente por cardiologistas pediátricos e de adultos, entre os 16 e 18 anos de idade, são essenciais para encorajar os adolescentes a tomarem conta de questões relativas à sua vida e saúde. Informação adequada sobre seu defeito cardíaco, suas operações e suas lesões residuais podem ajudá-los a compreender as consequências para o futuro e melhorar sua adaptação. Um programa de transição deve incluir assessoramento sobre educação, carreira, profilaxia da endocardite, seguros e assuntos sobre estilo de vida, tais como sexualidade e reprodução (inclusive gravidez e anticoncepção), os fatores de risco cardiovascular e atividades desportivas. Relatórios médicos, inclusive relatórios de cirurgia e de cateterismo cardíaco, devem ser transferidos aos cardiologistas de adultos. Na Suíça, o cuidado de adultos com cardiopatia congênita se baseia em três níveis: 1) cuidadores primários, inclusive clínicos gerais, internistas e cardiologistas comunitários; 2) cardiologistas com especial compromisso e experiência para os pacientes com enfermidade cardíaca congênita que organizam consultórios ou clínicas de atenção ambulatorial regional; 3) centros de referência suprarregional com cardiologistas treinados para cardiopatia congênita em adultos e crianças e experientes nas suas necessidades especiais, problemas e gestão desta população única. Uma estreita colaboração entre cardiologistas pediátricos e de adultos participando conjuntamente no cuidado dos pacientes da enfermidade cardíaca congênita é muito importante (OECHSLIN; HOFFMANN, 2001).

Pacientes tanto com lesões nativas operadas como não operadas contribuem para formar a população de cardiopatas congênitos adultos. Os sobreviventes sem tratamento cirúrgico, principalmente, têm malformações simples; porém alguns têm enfermidades complexas, e alguns têm sobrevivido com hipertensão pulmonar secundária. Entre as malformações operadas há pacientes com reparo 'completo' (anatômico e fisiológico), outros com uma palição definitiva (reparo fisiológico) e alguns deles com uma palição simples. O espectro clínico, obviamente, está diversificado, dependendo da anomalia subjacente, do resultado cirúrgico, da presença de resíduo, sequelas e/ou complicações, duração do

seguimento, comorbidades. Arritmias, endocardite bacteriana, cianose, policitemia, insuficiência cardíaca, anomalias da circulação pulmonar, deterioração ou mau funcionamento dos dispositivos, necessidade de cirurgia cardíaca e não cardíaca, intercorrência de enfermidades não cardíacas e a necessidade de procedimentos diagnósticos cardíacos e não cardíacos são problemas comuns dos adultos com cardiopatia congênita (BORGHI, 2007).

O número de hospitalizações de adultos com doença cardíaca congênita aumentou em 101.9% de 1998 para 2005. Durante este período, o quantitativo anual de admissões cresceu tanto para diagnósticos simples como para os complexos. A média de idade dos pacientes e a proporção de pacientes com duas ou mais comorbidades médicas aumentaram. A despesa hospitalar média por internação aumentou 127 % de $19,186 \pm 803$ a $43,496 \pm 2,166$ dólares dos EUA e os custos nacionais totais estimados para estas hospitalizações aumentaram em 357%, de 691 milhões de dólares em 1998 para 3,16 bilhões de dólares em 2005 (OPOTOWSKY; SIDDIQI; WEBB, 2009).

a.5) Tratamento Cirúrgico das Cardiopatias Congênitas

O tratamento dos DCC é dividido em dois grupos - as operações paliativas e as definitivas. As primeiras são procedimentos cujo objetivo é preparar o paciente para o procedimento definitivo ou, em casos pouco frequentes, define-se como permanente por impossibilidade anatômica ou mesmo funcional de migrar para o estágio seguinte, ou seja, correção da cardiopatia. O tratamento definitivo tem a finalidade de recompor a anatomia ou, quando não possível, a restauração funcional.

a.5.1) Tratamento Paliativo

O tratamento paliativo preparatório está indicado para doenças cardíacas congênitas complexas cuja anatomia não permite uma intervenção corretiva. Três grupos de doenças podem ser abordados por este procedimento: GRUPO I - as cardiopatias com hipofluxo pulmonar, como tetralogia de Fallot, de anatomia desfavorável, atresia pulmonar, com e sem CIV, dentre outras, requerem no primeiro estágio confecção de *shunt* sistêmico-pulmonar (operação de Blalock Taussig modificada) para aumentar o fluxo de sangue no território pulmonar, melhorar a sintomatologia, desenvolver os vasos pulmonares e proporcionar condições de correção da doença; GRUPO II - as com hiperfluxo pulmonar, como as comunicações interventriculares, os defeitos do septo atrioventriculares, às quais, em

condições clínicas muito desfavoráveis, como insuficiência cardíaca intratável, na vigência de infecção respiratória e baixo peso ou prematuridade, se indica bandagem da artéria pulmonar com o objetivo de reduzir o fluxo aos pulmões. Outra doença deste grupo é a síndrome do coração esquerdo hipoplásico que, em seu primeiro estágio de correção, se realiza conexão ventrículo direito – artéria pulmonar com tubo de PTFE e reconstrução da aorta. Nas do GRUPO III - com normofluxo pulmonar e circulação em paralelo, como, por exemplo, a transposição das grandes artérias – TGA com comunicação interatrial em que o ventrículo esquerdo já perdeu a capacidade de submeter-se a correção anatômica do tipo Jatene, pode-se realizar a operação de Yacoub, descrita como bandagem da artéria pulmonar e confecção de *shunt* sistêmico-pulmonar, tendo como objetivo o preparo do ventrículo esquerdo para a cirurgia de correção anatômica (conexão ventrículo esquerdo – aorta e ventrículo direito artéria- pulmonar).

Noutro grupo do tratamento paliativo, o permanente acontece quando não se consegue migrar para outro estágio do tratamento, o corretivo, motivado por inadequação das condições anatômicas ou fisiológicas do coração e ou pulmão. O paciente passa então a viver com a cirurgia paliativa, geralmente Blalock Taussig modificado ou com a operação de Glenn bidirecional, nos casos de corações com fisiologia univentricular (Figura 2).

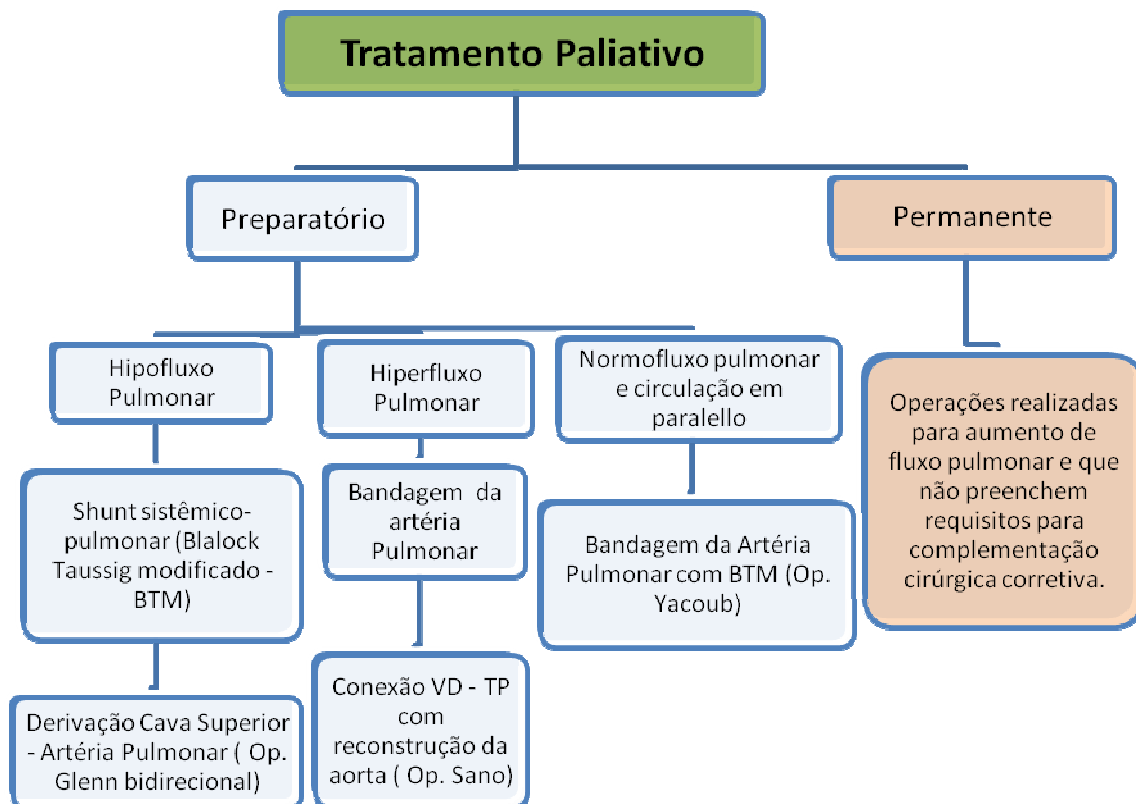


Figura 2 – Fluxograma do tratamento paliativo das DCC

a.5.2) Tratamento Corretivo

O tratamento corretivo abrange três universos, um em que o tratamento é *definitivo* e permite ao paciente sobrevida igual a da população normal, sem necessidade de outra intervenção. Para isso, a operação deverá acontecer o mais precocemente possível e inexistir no pós-operatório defeito residual. Exemplos são as correções da persistência do canal arterial, da comunicação interatrial e alguns tipos de comunicação interventricular. Outro tipo é o *parcial*, onde se encontram na evolução defeitos residuais, não intencionais, provocados e permitidos. Os não intencionais são aqueles nos quais involuntariamente os defeitos são resolvidos parcialmente, seja por não identificação durante a operação, seja por deiscência de suturas. Necessitam, caso causem algum transtorno hemodinâmico, de nova intervenção para correção. Os provocados são os realizados durante a cirurgia, na intenção de contornar possíveis transtornos no pós-operatório. Exemplo deste tipo de procedimento é abertura de comunicação interatrial nos pacientes com hipertensão arterial pulmonar grave, objetivando manter débito cardíaco apropriado, caso o paciente apresente crises de hipertensão pulmonar. Por último, os defeitos residuais permitidos, ou seja, os que fazem parte da técnica cirúrgica. Como exemplo, a tetralogia de Fallot e estenose pulmonar em que, nos casos de anatomia não favorável, permite-se a presença de insuficiência (refluxo de sangue) na via de saída do ventrículo direito, visto que a resolução deste problema seria a colocação de uma válvula que necessitaria de troca precoce e alguns destes pacientes com este tipo de defeito residual mantêm-se em condições clínicas satisfatórias. O último tipo de tratamento corretivo é o *funcional*, em que, por impossibilidade anatômica, em corações univentriculares, realizados procedimentos que permitem boa evolução clínica, porém sem qualidade de vida plena por faltar parte do coração. São exemplo as correções do tipo Fontan. Outro tipo funcional é aquele de doenças corrigidas com a necessidade de utilização de próteses como valvas e tubos que, com o crescimento da criança, tornam-se pequenos ou disfuncionantes, necessitando de trocas sequenciadas, dependendo do tamanho da criança (Figura 3).

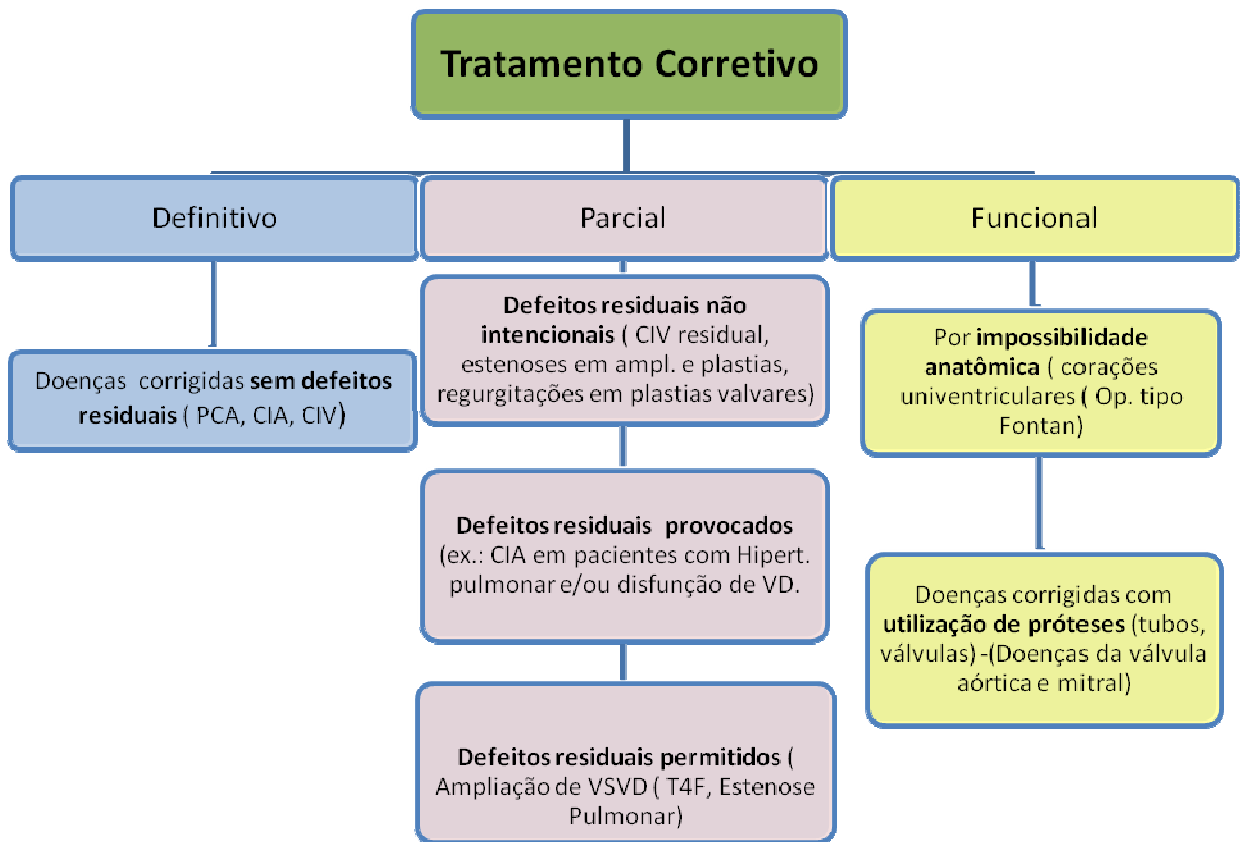


Figura 3 – Fluxograma do tratamento corretivo das DCC

O coração é o primeiro órgão a ser formado. Em razão dessa particularidade, da rapidez de seus processos morfogênicos e da potencial natureza probabilística de seus defeitos congênitos, as condições para terapia gênica em cardiopatias congênitas não são particularmente favoráveis. Portanto, embora o conceito de uma medicina molecular intervencionista ainda seja um sonho, os novos desenvolvimentos da embriogenia cardíaca permitem vislumbrar-se, em um futuro nem tão longínquo, uma expansão significativa da capacidade de prevenir, diagnosticar e intervir de modo precoce nas doenças cardíacas congênitas (SAMPAIO, 2008).

b) Cardiopatias Adquiridas

A febre reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A - EBGA e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas (WHO, 2001, 2004).

Acomete com maior frequência pacientes na faixa etária de cinco a 15 anos. A FR possui distribuição universal, mas com marcada diferença nas taxas de incidência e prevalência entre os diversos países, constituindo a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens nos países periféricos (OMS, 2001, 2004). As taxas de mortalidade associadas à doença cardíaca reumática caíram para pouco acima de 0% desde os anos 1960 nos países centrais, enquanto que os países periféricos enfrentam situação diferente. Estimativas da OMS registraram no ano de 2005 cerca de 15,6 milhões de portadores de CRC; cerca de 300.000 novos casos/ano; e 233.000 mortes diretamente atribuíveis à CRC a cada ano no mundo (CARAPETIS et al., 2005). Na Índia, a prevalência da FR/CRC varia de 0,5 a 11/1000 (SAXENA et al., 2008).

No Brasil, é muito difícil determinar a incidência de faringoamigdalites bacterianas causadas pelo EBGA. Para tanto, seriam necessários profissionais treinados e testes para a detecção da presença da bactéria, bem como um sistema de informação eficiente. Não obstante, seguindo a projeção do modelo epidemiológico da Organização Mundial de Saúde (OMS), e de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que anualmente no Brasil ocorram cerca de dez milhões de faringoamigdalites estreptocócicas, perfazendo o total de 30.000 novos casos de FR, dos quais aproximadamente 15.000 poderiam evoluir com acometimento cardíaco (MULLER, 2008).

Os dados disponíveis no Brasil registrados no sistema DATASUS, informam basicamente sobre internações hospitalares e intervenções, não correspondendo à totalidade dos casos diagnosticados no País. Estudos realizados na população de escolares em algumas capitais brasileiras estimaram a prevalência de CRC em casos/1.000 (ACCF, 2009; XAVIER et al., 2004), o que é significativamente maior do que a prevalência da doença em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, onde varia entre 0,1-0,4 casos/1.000 escolares (XAVIER et al., 2004; MEIRA et al., 2005).

A frequência da FR aguda no Brasil difere de acordo com a região geográfica, porém em todas as regiões se observa uma redução progressiva do total de internações por esta doença. A taxa de mortalidade por CRC em pacientes internados pelo SUS foi de 6,8% em 2005 e de 7,5% em 2007, com gasto aproximado no tratamento clínico de 52 milhões de reais em 2005 e de 55 milhões em 2007. Foram dispendidos cerca de 94 milhões de reais em 2005 e de 100 milhões em 2007 em procedimentos intervencionistas, cirurgias e valvotomias percutâneas, também direcionados ao tratamento das sequelas cardíacas da FR (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A despeito de iniciativas regionais de programas visando à prevenção da FR nas últimas décadas, a inexistência de um programa de âmbito nacional contribuiu para que a FR mantivesse taxas de prevalência ainda bastante elevadas (XAVIER et al., 2004; MEIRA et al., 1995). Um programa desse tipo, certamente, deverá envolver ações multisetoriais, tais como: atividades educativas para os profissionais e para a comunidade; treinamento dos profissionais nos seus campos de atuação; melhorias no acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS; investimentos em recursos materiais que visem ao diagnóstico e ao tratamento adequado da doença reumática, além de investimentos em atividades de pesquisa relacionadas ao tema (OMS, 2001, 2004).

Na análise de morbidade, o cálculo do índice DALYs – *disability-adjusted life years* (anos potenciais de vida perdidos ajustados para incapacidade) – demonstrou o total de 55 mil anos de vida perdidos em decorrência da FR, ou seja, 26 anos por paciente anualmente no Brasil, com base em dados do ano 2000 (MULLER, 2008).

Esses indicadores fornecem algumas informações importantes sobre a FR, mas são insuficientes para o conhecimento da real magnitude dos danos causados por esta doença. Torna-se premente, portanto, o estabelecimento de um banco de registro nacional de febre reumática, envolvendo a participação da rede básica e sistemas de média e alta complexidade (BARBOSA et al., 2009).

b.1) Tratamento das Doenças Valvares Adquiridas

Apesar da reconhecida importância do problema e da existência de estratégias comprovadamente eficazes de prevenção e tratamento da faringoamigdalite estreptocócica, as ações de saúde desenvolvidas até hoje têm se mostrado insuficientes para o adequado controle da FR no Brasil (BARBOSA et al., 2009).

O tratamento cirúrgico para o envolvimento reumático das valvas cardíacas, em especial pela prevalência, a mitral e aórtica, transita por fundamentações médicas e reflexões das condições socioeconômicas dos portadores desta doença.

A escolha do tratamento, sempre que possível, recai sobre a preservação da válvula, o que se consegue por meio de um arsenal vasto de técnicas que proporcionam maior sobrevida com menor morbidade e menos chance de reintervenções.

A troca valvar (TV) em crianças está evitada de riscos especiais. Essa faixa etária apresenta pequenos tamanhos de anel, risco aumentado de infecções, em parte decorrentes de problemas dentários e dependência de outras pessoas para um pós-operatório metucioso,

incluindo a terapia anticoagulante em portadores de próteses mecânicas. Como consequência, as taxas de mortalidade e complicações tendem a serem maiores em crianças submetidas à TV do que em adultos.

A escolha do tipo de operação e da prótese a ser empregada para substituição da valva depende de muitas variáveis. Julga-se que sua observância oferece perspectiva de melhores resultados a longo prazo.

Existem quatro tipos gerais de substitutos para a TV: prótese biológica (xenoenxerto), prótese mecânica e, especificamente para posição aórtica, homoenxerto e autoenxerto (operação de Ross).

A prótese biológica (xenoenxerto), confeccionada de pericárdio bovino ou de valva aórtica porcina, apresenta desvantagens relacionadas à calcificação precoce e, nas crianças de menor superfície corpórea, pelo uso de próteses de menor tamanho, pode apresentar gradientes residuais significativos.

Ao longo do tempo, a prótese mecânica tem evoluído quanto ao aumento do orifício efetivo, diminuindo os gradientes residuais mesmo em tamanhos pequenos, e quanto à melhora da *performance* hemodinâmica (baixo perfil, fluxo central e menor turbilhonamento) e da liga metálica, proporcionando menor taxa de tromboembolismo e hemólise. O diâmetro fixo de uma prótese em criança em crescimento, entretanto, proporciona gradientes significativos em curto tempo. Outra desvantagem importante para esse grupo de próteses é a necessidade do uso continuado de anticoagulantes, sendo o uso inadequado causa de tromboembolismo e sangramento.

Os homoenxertos, valva humana aórtica ou pulmonar criopreservadas, têm como vantagens a *performance* hemodinâmica fisiológica, dispensam anticoagulação e apresentam maior resistência à infecção. As dificuldades na obtenção (doação) e estocagem (criopreservação) tornam seu emprego menor do que o desejado.

A operação de Ross é tida como de primeira escolha para substituição da valva aórtica em pacientes pediátricos, com base em algumas vantagens para essa faixa etária: possibilidade de crescimento do autoenxerto acompanhando o crescimento da criança; risco menor de tromboembolismo e infecção; *performance* hemodinâmica normal com normalização das dimensões do ventrículo esquerdo; dispensa de anticoagulação; estimativa, em torno de 50%, de que seja a solução definitiva para troca da valva aórtica (CASTELO BRANCO; PINTO JUNIOR, 2009).

Pelo exposto, o tratamento das sequelas cardíacas da febre reumática, principalmente nos jovens, impõe limitações à vida com qualidade, o que leva a Sociedade

Brasileira de Cardiologia (SBC), por meio das Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática (BARBOSA et al., 2009), a recomendar a criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controle da Febre Reumática (NORDET et al., 2008; BACH et al., 1996).

3.2 A Política em Avaliação: o Processo de Formulação

Neste tópico, relatar-se-á a experiência do autor sobre o processo de formulação da política em discussão publicado em *Reflexões sobre a formulação de política de atenção cardiovascular pediátrica no Brasil* (PINTO JÚNIOR; RODRIGUES; MUNIZ, 2009).

Durante a década de 1990, em Fortaleza, houve trabalho intenso para a estruturação de um serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica que atendesse as demandas então insustentáveis. Mobilização de profissionais da saúde, componentes familiares de cardiopatas e imprensa, abriram espaço de debate com a Administração Pública, que teve seu ápice em simpósio na sede da Sociedade Cearense de Cardiologia, em 11 de setembro de 1998, contando com a presença de representantes das Secretarias de Saúde, do Estado do Ceará e municipal de Fortaleza, diretores de hospitais, representantes do Ministério Público, cardiologistas pediátricos e cirurgiões cardiovasculares. A mobilização tornou viável a efetivação de parte do projeto de implantação do Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica do Hospital de Messejana, em Fortaleza-CE. Em março de 2000, inauguravam-se as instalações para o setor, com exceção da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de pós-operatório.

Conflitos políticos, com base em ocupação de espaços dentro do serviço, culminaram com o afastamento de cirurgiões e cardiopediatras, episódios que se repetiram por duas vezes, em maio de 2000 e junho de 2001. A insatisfação por não se poder implementar, na sua integralidade, o projeto conquistado, e o não-atendimento à demanda, impulsionaram a implantação de um novo serviço na iniciativa privada.

O então Secretário Estadual de Saúde, Dr. Anastácio Queiroz, demonstrou interesse em ajudar, com a ressalva de não existir recursos disponíveis para levar a termo tal iniciativa. Como proposta oficial, em conseguindo recurso extrateto estadual, ou seja, novo numerário proveniente do Ministério da Saúde (MS), poderia ser consolidado um acordo.

Durante o XXIX Congresso Nacional de Cirurgia Cardíaca em Natal-RN, abril, 2002 - teve-se oportunidade de expor dificuldades ao representante do MS, Dr. Alberto Beltrame, que sinalizou a possibilidade de, caso fosse a atuação nacional, o MS

disponibilizaria recursos, em forma de mutirão, prática do então ministro da Saúde, José Serra. Tal iniciativa contou com a empolgação de muitos, no entanto, críticas a este modelo foram imediatas, por não tratar o problema de forma integral. Houve mobilização das sociedades regionais e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), no sentido de elaborar uma lista de cada unidade federada interessada em participar do programa.

No último trimestre daquele ano, foi liberada verba que atendia as demandas apresentadas pela SBCCV.

De posse do conquistado e, na esperança do cumprimento do acordo para o credenciamento do serviço, nova reunião foi agendada com o Secretário de Saúde do Ceará, experimentando-se a surpresa de novo obstáculo. Não se poderia fazer uso dos recursos provindos do MS, pois era necessário o serviço estar credenciado e a legislação vigente não permitia credenciamento exclusivo para cirurgia cardiovascular pediátrica. Os recursos foram destinados ao Hospital de Messejana, que não pôde incrementar o atendimento, pois, naquele momento, já se encontrava sem capacidade ociosa, retornando aos cofres federais a quase totalidade da verba. Argumentou-se que havia no Brasil dois serviços credenciados com esta particularidade, restando, assim, demonstrados precedentes, não sendo suficiente para uma atitude em prol das crianças

Palavras textuais do Secretário Estadual de Saúde: *“Se você conseguir mudar a portaria vou ter o maior prazer em credenciar o serviço”*.

Naquele momento, [ficou claro] o problema não era apenas local, pois tinha dimensões nacionais e se precisaria discutir a implantação de uma política nacional para atender sem discriminação a criança e o adolescente cardiopatas. Na ocasião, apenas dois serviços realizavam de forma exclusiva cirurgia cardiovascular para criança no Brasil - Hospital Pequeno Príncipe, no Paraná, e Instituto Materno-Infantil (IMIP), em Pernambuco.

Por intermédio da SBCCV, foi marcada reunião na Secretaria de Atenção à Saúde do MS, na intenção de demonstrar a necessidade de elaboração de portaria que atendesse a tal demanda. Houve sensibilização para o problema, porém não se evidenciou claramente a intenção de resolvê-lo. No final de novembro de 2002, circulou informação sobre a necessidade de elaborar normas para a publicação, ainda na gestão José Serra, da portaria que atenderia especificamente à criança e ao adolescente cardiopatas. Tendo em vista a exiguidade de tempo e a iniciativa tardia do MS, percebia-se claramente que a portaria não seria publicada.

Com a posse, em janeiro de 2003, do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi nomeado Humberto Costa para ocupar a pasta da Saúde. Retornou-se ao MS para reiniciar as

discussões. A Secretaria de Atenção à Saúde solicitou um estudo detalhado de todos os estados brasileiros para que fosse possível implementar uma política nacional. O documento foi preparado e entregue ao MS no início do primeiro semestre de 2003 e o resumo publicado pela *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* (PINTO JÚNIOR et al., 2004).

Precisava-se, para o diálogo com o MS, de uma instituição específica que advogasse os interesses da cirurgia cardiovascular pediátrica, que naquele momento eram defendidos pelo então presidente da SBCCV, Jarbas Jakson Dinkhuysen, e pelo presidente da Sociedade Norte-Nordeste de Cirurgia Cardiovascular, o autor desta dissertação.

Solicitou-se, que, na reunião da diretoria da SBCCV, no dia 03 de abril de 2003, durante o 30º Congresso Nacional de Cirurgia Cardíaca, em Goiânia, fosse criado o DCCVPed, sendo a moção aceita por unanimidade. No dia 4 de abril de 2003, em assembleia geral da SBCCV, em Goiânia, após exposição dos motivos para a instituição do Departamento, foi entregue lista dos sócios, que estatutariamente seriam necessários para sua formalização. Ficou, então, agendada a fundação do Departamento para a próxima da SBCCV, a qual ocorreria no seguinte Congresso de Cardiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Em 29 de setembro de 2003, durante assembleia extraordinária da SBCCV, realizada no 58º Congresso Brasileiro de Cardiologia, Salvador, Bahia, foi fundado oficialmente o DCCVPed da SBCCV, após aprovação dos seus estatutos. A primeira diretoria foi aprovada e composta pelos médicos Valdeste Cavalcante Pinto Júnior (presidente), Marcelo Biscegli Jatene (secretário), Fábio Said Sallum (tesoureiro) e Ulisses Alexandre Croti (diretor científico).

Já naquele momento, havia insatisfações quanto à criação do DCCVPed, sob a argumentação de que seria uma forma de criar outra sociedade, fragilizar a SBCCV e dificultar o exercício profissional de alguns cirurgiões cardiovasculares. Esses conflitos iriam se exacerbar durante o período de elaboração da portaria ministerial.

No curso de todo esse período, o DCCVPed dependeu financeiramente de doações esporádicas da indústria para reuniões de diretoria, ou do custeio por parte dos próprios diretores.

A partir de janeiro de 2003, o MS passou a discutir uma reforma ampla para o atendimento de alta complexidade e promoveu intensa discussão para formular a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. À mesa, sociedades de várias especialidades – como SBCCV, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Radiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista, Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular, Sociedade Brasileira de Arritmia, Departamento de Estimulação Cardíaca

Artificial - DECA da SBCCV e o DCCVPed da SBCCV. Travaram-se disputas por *locus* de atuação médica, espaço de atuação para instituições hospitalares e incorporação de produtos, negociadas pelas sociedades, por interesse das sociedades e/ou indústrias.

Por outro lado, o MS propunha centralizar na rede de hospitais universitários o atendimento de alto custo e diminuir o número de hospitais conveniados da rede privada, sinalizando para a elaboração de uma política excludente, tendo em vista as inúmeras exigências para as instituições hospitalares no que tange a estrutura física, equipamentos e recursos humanos, sem a devida contrapartida financeira.

A SBCCV, no decurso de todo o processo, sinalizou para a elaboração de uma política que atendesse às diferenças regionais e para o fato de que era impossível atender todas as exigências propostas pelo MS, visto que a maioria dos serviços cadastrados em cirurgia cardiovascular estava passando por graves deficits financeiros.

A cirurgia cardiovascular pediátrica transitou por ocasiões difíceis na negociação, primeiro porque o MS queria estabelecê-la como procedimento de alto custo e assim passaria a ser realizada somente no setor público, em hospitais universitários ou de ensino, medida que diminuiria drasticamente o número de procedimentos no País, porquanto esta rede hospitalar, na sua maioria, encontrava-se sucateada.

O obstáculo foi superado após a demonstração de que os investimentos por procedimento com a cirurgia cardiovascular pediátrica em 2002 tinham sido da ordem de R\$ 6.894,40 (PINTO JÚNIOR et al., 2004). Também contribuiu para a superação o fato de que alguns dispositivos utilizados em procedimentos de outras especialidades chegavam a custar até sete vezes o valor acima, e por outro lado a rede instalada no setor público não era suficiente para atender a demanda.

Além do mais, segmentos da SBCCV e do DECA entenderam que a política discutida naquele momento contrariava interesses profissionais e de instituições hospitalares, que deixariam de atuar na sua plenitude, ou seja, eximindo-se de executar todos os procedimentos até então autorizados. Passaram, então, a trabalhar, influenciando membros do Legislativo, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), para bloquear a portaria na sua totalidade.

Em reunião solicitada por membros da SBCCV, em São Paulo, na sede do MS, na presença do Senhor Ministro da Saúde, o DCCVPed foi excluído da convocação, por entenderem que sua presença dificultaria as negociações. Às vésperas, recebeu-se comunicado do então Presidente da SBCCV, Dr. Jarbas Jakson Dinkhuysen, alertando sobre o intento da

reunião, que era impedir a conclusão da portaria. Participou-se e conseguiu-se do ministro, Dr. Humberto Costa, a manutenção da portaria que privilegiava a cirurgia cardiovascular pediátrica. Naquele mesmo momento, foram reduzidas as exigências para credenciamento dos serviços de cirurgia cardiovascular.

Na última reunião com técnicos do MS, antes da aprovação do texto, houve mais uma tentativa de excluir as normas referentes à Pediatria, chegando ao ponto de o diretor da Secretaria de Atenção a Saúde fazer a seguinte pergunta: “*então, é para excluir a Pediatria?*”.

O marco legal veio em 15 de junho de 2004, por meio de dois dispositivos: a Portaria nº 1169/GM, que instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e a Portaria nº 210 SAS/MS, que regulamentou a cirurgia cardiovascular pediátrica.

3.3 Conceitos que Norteiam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

Derivada do grego “*polis*” (cidade), a palavra política tem sido empregada ao longo do tempo para designar o conjunto de atividades exercidas na vida da coletividade e, também, as reflexões sobre as atividades e a instituição que a vem desenvolvendo. A política, além de ser entendida como conjunto de ações referentes à vida coletiva, deve ser vista como atividade estreitamente ligada ao exercício do poder, o qual é entendido como a capacidade de, em uma relação social, um indivíduo ou grupo impor sua vontade a outros e, assim, determinar a forma de comportamento dos que se submetem a esse indivíduo ou grupo, para promover uma difusão de valores para o conjunto da sociedade e atender às reivindicações e aos valores dos diferentes grupos e estratos sociais que o compõem. Ações programadas, projetos, regulamentações, leis e normas que o poder político desenvolve para administrar de maneira equitativa os diferentes interesses sociais recebem o nome de políticas públicas, visto que pretendem abranger e organizar a dimensão coletiva de uma determinada sociedade (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

Atender de forma organizada a estas demandas requer o envolvimento de um universo de sujeitos representativos de setores interessados, como governo e sociedade civil. Neste sentido, Lucchese (2002) define política pública como conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regula as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de

diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos vários agentes sociais.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2002).

A política de saúde nacional centra a área decisória no gestor municipal, buscando a eficiência do sistema, adequando suas questões gerenciais à realidade e às questões que se transformam dinamicamente na sociedade. O indivíduo, nesses tempos, passou de uma atuação passiva para a possibilidade de participar das questões gerenciais, e de uma conduta individual para a consciência sobre o seu próprio processo de saúde/doença, tendo oportunidade de refletir sobre a resolubilidade das ações e dos serviços de saúde de seu município e região, apoiando a implantação e viabilização das normas do sistema nacional (PAULI, 2007).

Junqueira (1997) considera a descentralização como parte do encaminhamento da solução dos problemas sociais. Supõe que a transferência venha no âmbito de uma transformação político-administrativa, que facilite o acesso da população aos centros de poder e, conseqüentemente, que vise a atender à demanda social. A descentralização constitui-se um instrumento de expansão da lógica democrática, possibilitando a criação de instâncias de negociação e, conseqüentemente, o reordenamento da estrutura organizacional.

As políticas públicas não podem ser definidas sem a participação social, dependendo de negociações com a sociedade. Cabe ao Estado, numa idéia de mediação, a responsabilidade pela efetivação das disposições constitucionais. No município, a garantia do direito à saúde está condicionada à participação da comunidade, à distribuição de responsabilidades e competências governamentais ante a legislação e a execução de ações que possam influenciar a realidade social (PAULI, 2007).

Um sistema de saúde que atende apenas à demanda espontânea utiliza de modo ineficiente os recursos, além de produzir baixo impacto sobre os dados epidemiológicos. O modelo de atenção, devidamente adequado ao meio social e sanitário a que se propõe, fundamentado histórico/culturalmente, deve ter como objetivo ações de intervenção sobre o processo saúde/doença nesta comunidade (PAULI, 2007).

Sposati (2002) argumenta que há distância entre o perfil legal do País, que se mostra avançado, e as condições reais da população, que permanece excluída do alcance

efetivo do que está disposto em lei. Isto enseja o confronto entre o real e o legal que considera sob o formalismo jurídico o real não legal, como clandestino, e traz, também, a necessidade de ser estabelecida a relação crítica entre o social, o econômico e o jurídico.

Hofling (2001, p.35) sinaliza uma explicação para este distanciamento entre a norma e a ação:

[...] as ações empreendidas pelo Estado não se implementam automaticamente, têm movimento, têm contradições e podem gerar resultados diferentes dos esperados. Especialmente por se voltar para e dizer respeito a grupos diferentes, o impacto das políticas sociais implementadas pelo Estado capitalista sofrem o efeito de interesses diferentes expressos nas relações sociais de poder.

O Sistema Único de Saúde brasileiro segue os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e, quanto à sua organização, se rege pelos princípios de regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação da comunidade.

Como a política pública que está sendo avaliada nesta pesquisa se insere no âmbito do SUS, faremos uma abordagem sobre o pensamento de autores sobre os temas equidade, integralidade e regionalização, premissas que balizam a política em apreço.

3.3.1 Equidade

São explícitas e históricas as desigualdades sociais, ou, para melhor expressar o pensamento, a exclusão de segmentos da sociedade que, diferentemente do poder aquisitivo, padecem pela inexistência de tratamento efetivo para suas mazelas. Importante é ressaltar que a pobreza, financeira e/ou educacional, agrava substancialmente o acesso desse segmento ao tratamento adequado. A chance de sobreviver depende da cidade, estado ou região onde o cidadão venha a nascer, situação que fere os princípios da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização e resolubilidade da assistência à saúde, previstos no Art. 7 da lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990b).

O SUS tem como pilares a universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos. A sua organização pauta-se pelas diretrizes da descentralização e hierarquização com direção única em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal): do atendimento integral que compatibiliza as atividades preventivas e assistenciais e do controle exercido pela sociedade mediante a participação da comunidade nas conferências e nos conselhos de saúde (COHN, 1999).

Promover saúde significa intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços. As políticas de saúde existem com a finalidade de implementar estratégias governamentais que visam a corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2003).

Na saúde, alocar recursos, sejam financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor e os profissionais enfrentam cotidianamente. Isso se aplica tanto no plano da macrogestão, quanto da microgestão da saúde. Ou, dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre estados, regiões e municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não para um indivíduo a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia (BRASIL, 2007).

As dificuldades de decidir eticamente sobre a distribuição de recursos escassos constituem uma das características mais marcantes desta época, que convive com um pluralismo moral, em que não mais são aceitos valores considerados como absolutos e coexistem diferentes princípios e valores que, muitas vezes, se tornam incompatíveis entre si, como, por exemplo, o individualismo e a sociedade (FORTES, 2003).

Berlinguer (2004) citado por Fortes e Zoboli (2005), lembra que é preciso estar alerta, pois as discussões sobre recursos em saúde têm se restringido aos aspectos monetários. Nesse contexto, a necessidade de identificar o que é prioritário e distribuir equitativamente os recursos tem sido substituída pela ideia de racionamento, não por meio de prioridades e inclusão universal, mas sim por exclusão seletiva.

Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ofertar a todos os cidadãos, independentemente das diferenças de gênero, idade e renda ou risco, com financiamento público, uma carteira de serviços bastante ampla. Assim, esses serviços públicos, em geral, combinam universalização irrestrita, mediante atendimento indiferenciado a todos os cidadãos. Diversamente, os sistemas segmentados caracterizam-se por segregar diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. No Brasil, a construção social do sistema público de saúde da forma como vem sendo feita distancia o SUS real, que é segmentado, do SUS constitucional, universal. Isso acontece porque o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres da população e às demandas setorializadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente (BRASIL, 2007).

Os sistemas segmentados levam, em geral, à iniquidade. O sistema segmentado dos Estados Unidos, apesar de ter o maior gasto *per capita* no mundo, exclui de seus benefícios, de forma crescente, 43 milhões de cidadãos (GRANJA, 2008).

O SUS universal seria, então, uma utopia? Os valores de cada sociedade podem explicar por que alguns países optaram por sistemas públicos universais e outros por sistemas segmentados. Países que se organizam com base em valores mais solidários, como as sociais democracias europeias, implantaram sistemas públicos universais. Países que se estruturaram em valores mais individualistas articularam sistemas segmentados (BRASIL, 2007).

Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ter uma participação relativa do Estado, superior a 70% do total dos gastos com o setor saúde. Segundo a OMS (2006), citada em Brasil (2007), a participação relativa no Brasil é de 45%, o que não é suficiente para desenvolver uma política de saúde universal.

Em 2006, a Sociedade Internacional de Equidade em Saúde definiu a equidade em saúde como a ausência de diferenças, sistemática e potencialmente remediáveis, em um ou mais aspectos da saúde, que se manifestam em populações ou grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente (STARFIELD, 2006 citada em BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu, em 2006, que um dos objetivos dos sistemas de saúde é o alcance do nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa, no sentido igualitário (BRASIL, 2007).

Apesar disso, a equidade não atinge, na Legislação Constitucional e infraconstitucional do SUS, um *status* jurídico singularizado. A Lei nº 8.080/90 apenas menciona em seu art. 2º, parágrafo 1º, o dever do Estado de estabelecer acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. A lei admite a existência de fatores sociais determinantes e condicionantes da saúde, explicitando que os níveis de saúde expressam a organização econômica e social do País, e inclui, como relacionadas com a saúde, todas as ações e medidas que interferem nesses fatores (DUARTE, 2000).

Não obstante, a equidade é interpretada, seja no discurso oficial, seja na fala dos agentes sociais de relevância na arena sanitária, como um princípio do SUS. É justo que seja assim, pois os sistemas universais devem buscar a equidade (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde, entretanto, ao implementar as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991 e 1993, como uma sistemática para os repasses financeiros, não preservou relação com as disposições da Lei nº 8.080/90. O repasse de verbas é calculado,

fundamentalmente, por meio da remuneração por serviços prestados, e não com vistas a combater as desigualdades sociais (DUARTE, 2000).

Já a engenharia complexa, implementada pela NOB 96, tem o objetivo de promover equidade com qualidade e racionalidade nos gastos: a composição dos sistemas municipais e a ratificação das programações pactuadas nos conselhos de saúde respectivos visam ao estabelecimento de redes regionais para ampliação do acesso com qualidade e menor custo. Essa dinâmica procura contribuir para que seja evitado um processo acumulativo injusto por parte de alguns municípios, com a crescente espoliação de outros (DUARTE, 2000).

O novo modelo de Estado concentra-se no custeio do atendimento primário da população, como vacinação e nas demandas de alta complexidade, como transplante e cirurgia cardíaca, caras demais para ensejar lucro ao setor privado. Na realidade, o SUS paga por todos esses serviços, ao passo que o setor privado de saúde, altamente lucrativo, se concentra no atendimento às demandas de baixa e média complexidade das classes médias urbanas, como exames e consultas clínicas (BRAGA, 2007).

As políticas de saúde devem estar comprometidas com a justiça social. Isso porque é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade. Nas realidades capitalistas, esta sociedade é composta por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si. O parâmetro da justiça social definido em cada sociedade está em constante redefinição e envolve sempre a disputa em torno da origem e do volume dos recursos que serão destinados a financiar a área social, e em quais tipos de serviços serão feitos aqueles investimentos, e os segmentos sociais a serem priorizados (COHN, 2007).

3.3.1.1 Conceitos de Equidade

A etimologia da palavra equidade no aspecto semântico é bastante próxima de igualdade. Ambas possuem o mesmo elemento formador, “que”, antepositivo do latim “aequus”, que pode significar unido, justo, imparcial ou favorável (GRANJA, 2008).

A equidade não é o mesmo que igualdade. Essa é consequência da equidade. O reconhecimento das diferenças e a supressão das necessidades possibilitam alcançar a igualdade (GARRAFA; PORTO, 1995).

Para Ribeiro e Schramm (2004), em consonância com John Rawls, “para colocar indivíduos desiguais de nascimento nas mesmas condições de partida pode ser necessário favorecer os mais pobres e desfavorecer os mais ricos, numa distribuição desigual”. Para John Rawls, os princípios de justiça são: liberdade e oportunidade iguais para todos, e o princípio da diferença (beneficiar os menos favorecidos), compreendendo justiça como equidade.

Para Neves (1999), a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, mediante sua redistribuição diferenciada: atribuindo mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades. Isto só é possível pelo princípio da solidariedade, em que todos os homens redistribuam os bens entre si. Sugere a aplicação de dois critérios em especial, o da necessidade médica, como fator de racionalização, e o da igualdade de oportunidades, como fator de acessibilidade universal.

Fortes (2003) enfatiza a importância da solidariedade entre as pessoas por meio do diálogo e da comunicação. Concorda com o bioeticista Diego Gracia, ao considerar que deva ser reformulada a máxima a cada pessoa conforme suas necessidades até o limite que permitam os bens disponíveis. Sistemas orientados pela equidade na saúde atuarão na diminuição das desigualdades profundas, desigualdades que estrangulam o desenvolvimento das sociedades, distorcem seu funcionamento e dificultam a governabilidade (FORTES, 2003).

Ruger (2006) acentua que todo indivíduo deveria ter igual capacidade para ser saudável, capacidade relacionada às “oportunidades reais”, “liberdade total” de escolha. Justiça em saúde requer sociedades que promovam indivíduos com as condições necessárias para desenvolver o mais alto nível de saúde em suas vidas.

Para Almond (2002), a equidade em saúde exige que médicos e profissionais de saúde focalizem seu trabalho em um grupo que necessite mais de assistência e diminua naquele que necessite menos.

Turner (1996), citado por Duarte (2000), diferencia quatro tipos de equidade: ontológica, de oportunidades, de condições e de resultados.

A ontológica se refere à igualdade fundamental entre as pessoas, como direito natural. A equidade de oportunidades diz respeito à possibilidade de alcançar objetivos almejados; é característica da doutrina liberal, em que é possível uma mobilidade social a partir da igualdade de oportunidades. A equidade de condições determina que pessoas submetidas às condições diferentes não tenham condições iguais para competir e sobreviver em sociedade. Por último, a equidade de resultados, em que mecanismos de discriminação

positiva operam em favor de grupos e assegurando a equidade de resultados (DUARTE, 2000).

Lucchese (2003) propõe a epidemiologia, como conhecimento imprescindível à compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, a valorização da experiência cotidiana de profissionais e usuários na definição de prioridades na saúde e o redimensionamento das ações para o nível local na busca da equidade e da atenção integral.

Enquanto o princípio antigo de justiça, defendido por Aristóteles, estava relacionado à distribuição de recursos de acordo com o mérito de cada indivíduo, sobretudo no que diz respeito ao *status* político, o princípio moderno supõe que todos mereçam uma distribuição de recursos básicos, independentemente de mérito (FLEISCHACKER, 2006). Para esse autor, Kant é o primeiro grande filósofo a defender explicitamente a noção de que o auxílio aos pobres deve ser um assunto para o Estado e não uma obrigação privada. Ele propõe que o Estado implemente escolas, hospitais e outras instituições para os doentes e órfãos pobres, e que, além disso, forneça auxílio direto aos pobres, tudo por conta do contribuinte, mediante tributação.

A concepção de igualdade de oportunidade se intensifica e provoca um aumento da rede de serviços sociais, tendo como pano de fundo a ideia de que todo cidadão tem direito a condições mínimas de sobrevivência e, para tanto, o Estado deve garantir emprego, controle de salário, seguro contra invalidez, doença, proteção na velhice, licença-maternidade, aposentadoria, educação, moradia, entre outros (LUIZ, 2005).

Enquanto os direitos individuais se inspiram no valor primário da liberdade, os direitos sociais se inspiram no valor primário da igualdade. São direitos que tendem, senão a eliminar, ao menos corrigir desigualdades que nascem das condições desiguais de partida, tanto econômicas e sociais como em parte de condições naturais de inferioridade biológica (ALMEIDA, 2002).

Le Grand (1988), citado por Duarte (2000), chama a atenção para um dos problemas nos sistemas de saúde. Muitas vezes, as necessidades de saúde desiguais são ignoradas. Os grupos sociais menos privilegiados respondem a determinadas patologias de forma menos competente, exigindo, assim, cuidados mais intensivos. Afirma que as políticas de saúde devem estar voltadas para minimizar os fatores produtores de desigualdades nos perfis de morbimortalidade.

Quanto à priorização de recursos, Reeleder et al (2005) propõem às instituições de saúde que objetivem satisfazer a quatro condições relevantes: divulgar as ações, rever as estratégias utilizadas, ouvir a comunidade, e promover cidadania e direitos.

Outra corrente de pensamento, bastante difundida pelos planejadores do setor de saúde, é o utilitarismo. Para eles o correto, o justo, é a alocação de recursos que proporcionem maior benefício, mais saúde para um maior número de pessoas. Instrumentos de planejamento como custo/efetividade baseiam-se na noção de maximização dos benefícios (FORTES, 2003).

Posições divergentes ao utilitarismo, entretanto, alertam para o fato de que a utilização apenas de critérios de custo/efetividade pode resultar em discriminação de grupos humanos minoritários, tais como deficientes e portadores de patologias cuja expressão é de menor magnitude em uma determinada população (FORTES, 2003).

Para os que defendem a distribuição equitativa, o utilitarismo poderia justificar o sacrifício de pequenos interesses, expressos numericamente, por objetivos mais prevalentes, podendo resultar em práticas injustas ou mesmo discriminatórias contra grupos minoritários. Também é salientado que esta interpretação ética pode ser utilizada para justificar que os fins alcançados legitimem os meios (RAWLS, 1997).

O mesmo autor considera que o utilitarismo diferencia o “bem” do “justo”. Se o bem for felicidade, prazer, pode nem sempre significar que a garantia do “maior bem” resulte naquilo que deva ser mais justo, pois o princípio da utilidade não leva em conta a maneira como a soma das satisfações será distribuída entre os indivíduos. O Filósofo alerta, ainda, que a aplicação estreita do paradigma utilitário pode aceitar como eticamente correto que a liberdade de poucos possa ser suprimida por um bem maior partilhado pela maioria.

O mesmo autor diverge do utilitarismo quando declara que cada pessoa possui inviolabilidade fundada na justiça, a qual nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode sobrepujar. O utilitarismo, diz Rawls (2003), emprega uma metodologia em que muitas pessoas são fundidas em uma só, sendo que se deve considerar exatamente o contrário disso, a pluralidade de pessoas.

Enfim, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos, sua distribuição e controle, é o reconhecimento de necessidades diferentes, para atingir direitos iguais, entre eles a possibilidade de acesso à saúde (GARRAFA; COSTA; OSELKA, 1999).

3.3.2 Integralidade

A integralidade é usada de forma corrente com referência à diretriz da atenção integral, como um princípio de igualdade da assistência e também como um conjunto de ações

e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema. Permanece ainda um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva do sistema, onde o acesso universal com efetividade e resolubilidade deveriam ser garantidos. A universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde constituem a finalidade, ético-política do sistema de saúde, expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (SILVA, 2003).

Tomando por horizonte o conceito da Organização Mundial da Saúde sobre saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de doenças e enfermidades”, Kloetzel (1973) afirma que essa “definição ambiciosa e generosa, sugere alargamento dos horizontes, da Medicina e sua colaboração com outras esferas de atividade humana, uma vez que não se visa apenas à integralidade física do indivíduo”. Segundo o autor, ela constituiu um passo importante, pois introduziu a ideia de prevenção de doenças e a responsabilidade de outros profissionais, além do médico, como dentistas, veterinários, enfermeiros, sociólogos, psicólogos e engenheiros, apontando para os princípios de uma Medicina integrada e integral.

Esse conceito recupera a noção hipocrática de equilíbrio dinâmico entre o organismo humano e seu meio, numa relação estável entre as influências ambientais. Ele inclui a capacidade do indivíduo de lidar com os efeitos adversos que causam desequilíbrios ou incapacidades, tanto físicos como mentais. (BRESLOW, 1999).

A teoria da multicausalidade demonstra que a produção ou determinação social do processo de saúde e doença de uma sociedade depende, além da cultura, do modo de organização desta sociedade, exigindo da saúde pública e das políticas públicas um processo de intervenção diferenciado. Quando algumas causas são identificadas, a prevenção depende de certas medidas apropriadas para interceptar este processo, dissipando seus efeitos (PAULI, 2007).

Os níveis de prevenção dividem-se em cinco, sendo a prevenção primária dividida em promoção de saúde e proteção específica; a prevenção secundária em diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez; e a prevenção terciária em reabilitação. Na prevenção primária, as medidas de promoção da saúde visam à educação e à motivação sanitárias, em atividades de promoção para um ótimo desenvolvimento físico, mental e social, sendo necessária ao conjunto da população. A proteção específica visa a interceptar as causas de doenças antes que atinjam o homem (PAULI, 2007).

O ser humano está permanentemente variando sua condição de saúde e de doença, desde o nascimento até a morte. O acúmulo de conhecimento a respeito dos determinantes de

saúde e o desenvolvimento de tecnologia cada vez mais complexa estão levando a uma capacidade aumentada de detectar e manejar as enfermidades e prevenir as doenças e promover a saúde, mesmo em face das mudanças nos perfis demográficos de envelhecimento das populações e das mudanças nos padrões de riscos de adoecer. A prevenção representa o estabelecimento de uma nova articulação com uma sociedade em mudanças decorrente da revolução industrial e a conseqüente globalização (AROUCA, 1975).

Assumir, no plano individual, a universalidade do cuidado à saúde e praticá-lo no cotidiano é, no discurso preventivista, uma questão de atitude, portanto, o ponto de articulação da totalidade criada com o campo médico. Atitude que não representa uma dedução ou conseqüência lógica do conhecimento médico, mas que, para emergir como proposta necessita de uma demonstração, de uma vinculação dos seus executores: não é uma conduta natural diante das exigências de seu objeto, é muito mais uma atitude construída diante de uma problemática (AROUCA, 1975, p.18).

Para Mattos (2001), o termo integralidade é utilizado correntemente para designar a diretriz básica do Sistema Único de Saúde que fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, sendo seu arcabouço institucional derivado das reivindicações do Movimento Sanitário, num contexto de luta pela redemocratização do País.

Conforme o Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº. 8080/90), as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS, devem ser envolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal. Nessa legislação, encontra-se a integralidade de assistência, “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” Observa-se, também que os fatores determinantes e condicionantes da saúde, dispostos no art. 3º dessa mesma lei, são “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso e serviços essenciais” (BRASIL, 1990b).

A integralidade da atenção, entendida como princípio norteador das ações e dos serviços de saúde, tanto no âmbito preventivo como no âmbito curativo, individual e coletivo, nos diversos níveis de complexidade do sistema, vem sendo discutida, deparando-se com muitos obstáculos, para o alcance de um atendimento digno e de qualidade (SILVA, 2003). Em seu sentido ampliado, sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica, dependente da articulação entre os serviços e ações setoriais e intersetoriais.

Assim, o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços municipais é uma das condições para que haja garantia da integralidade da atenção no sistema de saúde (PAULI, 2007).

A demanda é vista como fruto de uma relação e interação dos agentes que têm necessidades, desejos e projetos institucionais distintos. Partindo desse pensamento, a integralidade apresenta potencialidades que sugerem inovações no campo político e institucional, apreendidas como eixo estruturante de novas práticas sanitárias nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. A integralidade só poderá ser fruto da ação social concreta e, portanto, uma coprodução intencional de sujeitos individuais e coletivos, consciente das necessidades (SILVA et al., 2003).

Segundo o conceito de integralidade de Campos (2003), a atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões, biológica e social. Esse modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente.

Campos (2003) ressalta ainda que, para se alcançar a integralidade no sistema de saúde, os gestores municipais, estaduais e federais, devem dar prioridade a esse princípio da Constituição e verificar se, na prática da gestão e da operação dos sistema de saúde, os demais pressupostos são respeitados. Com efeito, a forma de organizar o sistema de saúde depende da vontade política, definindo prioridades e propondo mudanças na organização e na gestão do trabalho.

O princípio da integralidade considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Daí a importância de integrar ações, abrangendo atividades assistenciais, preventivas e de promoção da saúde. O conceito ampliado de saúde pressupõe a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, exigindo uma forma de trabalho intersetorial entre as diferentes áreas de trabalho (PAULI, 2007).

Pinheiro (2001) discute a integralidade na organização do atendimento, o uso dos serviços referência e contrarreferência e níveis de atenção, composição de equipes com profissionais de outras áreas, para reconhecer que “a realidade expressa em termos de acesso a bens em saúde, um conjunto de valores, crenças e idéias calcado na racionalidade médica contemporânea”.

Os problemas de saúde ocorrem com frequências relativas diferentes, variando de problemas mais raros até os mais comuns, em que a capacidade resolutiva dos níveis de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas. Esses

elementos identificados na relação da oferta com a demanda caracterizam, em parte, o universo onde habitam limites e possibilidades inerentes à demanda garantia da integralidade nos distintos níveis de sua atuação (PAULI, 2007).

Conforme Hartz e Silva (2005), a necessidade de avaliação das intervenções realizadas, ante a complexidade de ações e à diversidade de profissionais que atuam na gestão municipal, somada às percepções distintas da relevância de cada área, dificulta e exige a leitura de questões presentes nessas implicações. Pode-se entender a integralidade como um conjunto de dimensões, tanto curativas como preventivas, que devem ser articuladas estrategicamente na perspectiva de abarcar todos esses aspectos e ações.

O princípio da integralidade implica não apenas uma ótica de adição, mas também de coordenação global de intervenções, que abarque todos os aspectos e localize a responsabilidade das ações. Conforme Pinheiro e Guizardi (2004), isso se operacionaliza considerando a diversidade e pluralidade da realidade, inerentes à dinâmica social e aos movimentos dos sujeitos na sociedade.

3.3.3 Regionalização

A descentralização trouxe a capacidade de aproximar as políticas públicas das questões fundamentais de cada agenda local, superando uma visão uniformizante da realidade brasileira, porém a dinâmica dos elementos inerentes às questões sociais não se limita ao recorte espacial dos municípios, especialmente no que se refere aos fenômenos sanitários. O processo saúde-doença é intensivamente determinado pela dinâmica das relações socioeconômicas, políticas e culturais constituídas historicamente em amplas bases territoriais (BRASIL, 2008a).

Esse é o tema estruturante para a integração de um sistema de saúde que pretende prover atenção integral e equitativa aos cidadãos, com eficiência da gestão e produção de saúde, principalmente quando se sabe que a organização dos serviços de saúde de maior densidade tecnológica exige níveis mínimos de escala econômica e bases populacionais de maior amplitude do que a esfera municipal (BRASIL, 2008a).

Dessa forma, uma nova estratégia de integração do SUS pressupõe a necessidade de compatibilizar a atuação local e municipalizada com a expressão regional dos determinantes sociais da saúde, exigindo um novo pacto federativo, uma nova base espacial de planejamento e novas estratégias eficientes e integradoras da organização do cuidado (modelo de atenção), da gestão, de alocação de recursos, de participação e controle social, de

afirmação do caráter público das ações e serviços de saúde, de controle, regulação, monitoramento e avaliação, entre outros.

Para superar os obstáculos de fragmentação, é necessário um sistema de saúde estruturado em redes regionalizadas de atenção, recuperando o formato organizacional previsto no Texto Constitucional e nas leis orgânicas da saúde. Esses movimentos de reconstrução institucional do SUS devem estar fundamentados em um formato de organização regionalizada da produção de saúde, flexível nas diversas conjunturas geográficas específicas do País, com suporte no qual devem estar organizados os modelos de atenção, gestão e governança federativa do SUS (BRASIL, 2008a).

A regionalização como estratégia de efetivação de sistemas integrados de saúde tem sido ao longo da história da proteção social um dos fundamentos internacionalmente consensuais, principalmente se considerando os sistemas universais unificados nacionalmente. Tradicionalmente, sua fundamentação está associada à capacidade de reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar os recursos, além de representar um processo de fortalecimento da descentralização (BRASIL, 2008a).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) representou um marco importante de instituição de uma lógica de estruturação de redes como um sistema de saúde integrado regionalmente, uma vez que trouxe elementos estratégicos de integração intermunicipal como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado, como os planos diretores de regionalização e de investimentos.

A NOAS-SUS 01/01 define o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. E estabelece que: O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (NOAS-SUS 01/01-MS, 2001(I.1)).

Essa mesma norma define a região de saúde como base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias locais de regionalização da saúde, considerando as características demográficas,

socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (I.1).

A NOAS propôs ainda mecanismos de promoção da racionalidade sistêmica, como a análise de capacidade instalada, projeção de realocação otimizada de recursos e investimentos, processos de controle e regulação, entre outros.

O Pacto pela Saúde de 2006 introduziu novas estratégias de integração e articulação da política de saúde entre as esferas do Estado e o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas nacionais.

O Pacto estabeleceu o espaço regional como o *locus* privilegiado das responsabilidades pactuadas, porquanto é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. Sua centralidade na estratégia de pactuação decorre das especificidades que o caracterizam em termos de natureza federativa, amplitude territorial e singularidades sociais:

O espaço regional não é de exclusiva jurisdição de nenhuma das esferas de Estado, portanto permite o encontro solidário, cooperativo e também responsável dos entes federados;

O espaço regional é amplo o suficiente para conter estruturas da gestão e provisão de serviços de saúde cuja complementaridade compõe um conjunto capaz de garantir a integralidade da atenção; e

O espaço regional se institui com base nas relações singulares em termos socioeconômicos, culturais e sanitários, o que representa uma base consistente de relações de interdependência para a integração de políticas e programas, assim como das ações e serviços de saúde.

O movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde, embora forte e de alta relevância, ocorre de modo fragmentado, perdendo-se uma visão regionalizada do País. Assim, ainda há muito a avançar na organização do SUS como rede federativa, regionalizada e hierarquizada, de modo a superar a situação de desigualdade na oferta e a conferir maior eficiência sistêmica às ações implementadas (BRASIL, 2008a).

Um processo efetivo e concreto de regionalização da política de saúde requer a combinação simultânea de uma série de elementos técnicos, humanos, econômicos, de gestão, políticos, culturais, entre outros, tornando-o um processo complexo e de longo prazo. Isto porque a sua materialização no SUS exige um movimento de integração no espaço regional estruturado com base na articulação funcional e sistêmica de estruturas físicas, informações, pessoas, processos de trabalho, tecnologias de intervenção clínica, unidades e formas de

produção de serviços, estratégias de comunicação, processos decisórios, recursos financeiros, etc., capaz de prover ações efetivas e humanizadas adaptadas às singularidades locais, nos momentos necessários, de forma universal e equitativa, maximizando a utilidade dos recursos e minimizando os custos de sua produção (BRASIL, 2008a).

Devem estar presentes, assim, mecanismos de alocação racional de recursos, organizados numa disposição tecnológica hierárquica buscando ampliar a capacidade de atenção na porta de entrada do sistema, de forma que as demais tecnologias sejam incorporadas de acordo com as necessidades de cada usuário, considerando economias de escala e escopo. Torna-se necessária, ainda, uma adequada distribuição geográfica dos serviços de saúde, dos recursos humanos e dos programas, possibilitando a conexão de variadas expertises clínicas e de saúde coletiva, para prover uma atenção integral com suporte em mecanismos e estratégias de articulação e referenciamento adequado, suficientes para responder às necessidades de saúde de uma determinada base populacional (BRASIL, 2008a).

A estruturação de uma rede regionalizada de atenção à saúde deve prover atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada à saúde, articulada na complementaridade de variadas densidades tecnológicas e organizadas por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos. São formuladas mediante o planejamento, a gestão e o financiamento intergovernamentais cooperativos e voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde adaptadas às necessidades populacionais de cada espaço regional singular.

3.3.3.1 Conceitos de Regionalização

A regionalização é um esquema de implantação racional dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica, na qual é possível uma máxima atenção nos centros primários, enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente (NOVAES; MIR, 1990).

Para Somers e Somers (1977), a regionalização é um sistema formal de alocação de recursos com uma apropriada distribuição geográfica das instalações de saúde, dos recursos humanos e programas, de forma que as diferentes atividades profissionais cubram todo o espectro da atenção compreensiva, primária, secundária, terciária e de longa permanência, com todos os acordos, conexões e mecanismos de referência necessários, estabelecidos para integrar vários níveis e instituições em um conjunto coerente e capaz de servir a todas as necessidades dos pacientes, dentro de uma base populacional definida.

O princípio básico da regionalização é que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível inferior do sistema. Para tal, é necessário equilibrar os desejos e necessidades do público de ter serviços de saúde perto de suas casas, assim como instalações centralizadas de maior prestígio e complexidade. A regionalização pressupõe a alocação de recursos de saúde em determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores (ARTMANN; RIVERA, 2003).

A regionalização também é referida nos serviços privados (USA). Os serviços de saúde do setor privado se organizam pelo mercado. Esta distribuição pode ser hierarquizada segundo o tamanho das empresas, ficando as menores localizadas nas cidades do interior e as maiores nos grandes centros urbanos. Esta distribuição espacial dos serviços privados se denomina “teoria do sítio central” e está orientada por três fatores: volume de demanda para cada uma das unidades; economia da escala de produção; custos de transporte (STANBACK, 1977).

O enfoque de regionalização propõe-se encontrar um equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde. Para alguns setores, neste enfoque, a distância a percorrer entre a moradia e os centros primários não deveria ultrapassar mais de 30 minutos e estes deveriam dar cobertura a uma população variando entre 20.000 e 50.000 habitantes em áreas urbanas. Os hospitais gerais não deveriam ficar a mais de duas horas do domicílio e deveriam oferecer uma cobertura oscilando entre 50.000 e 200.000 habitantes (STANBACK, 1977).

Os hospitais terciários especializados, com mais de 400 leitos, deveriam cobrir uma população aproximada de 1.000.000 de habitantes, em articulação com os centros universitários e com os demais serviços do nível secundário. A maior quantidade de leitos destes estabelecimentos estaria determinada pela complexidade tecnológica e pelas economias de escala. Estas unidades poderiam atender a um raio geográfico de população localizada a uma distância temporal relativamente maior (3 a 4 horas) (STANBACK, 1977).

A distância seria o critério mais importante para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado. Não se pode deixar de comentar que em um país com distâncias gigantescas, diferenças regionais enormes, destacando-se os extremos entre regiões quase despovoadas e centros urbanos super populosos, é preciso pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros mediante adaptações viáveis e que tragam impactos positivos sobre a situação problemática. O grande critério é o acesso (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Para efetivar a regionalização, é necessária a inter-relação com outro princípio, a hierarquização, com fundamento no fato de que é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com funções de produção de complexidades distintas e, portanto, com diferentes custos sociais escalonados por níveis de atenção. Os níveis de atenção são diferentes “tecnologias adequadas” quanto à eficácia, ao custo social e à viabilidade de conjuntos específicos de problemas de saúde de várias complexidades, classificados em primários, secundários e terciários. Por consequência, a hierarquização está determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica exigida em cada nível e no nível do sistema como um todo (ARTMANN; RIVERA, 2003)

A regionalização poderia obedecer a vários critérios: região homogênea; região polarizada; região de planejamento (HILHORST, 1975). No primeiro caso, a região estaria baseada na possibilidade de agregação territorial com base em características uniformes, arbitrariamente especificadas. No segundo caso, a região corresponderia a uma área geográfica influenciada por um polo de desenvolvimento econômico, representado por uma empresa, aglomeração industrial, atividade terciária proeminente ou centro urbano. Esta área pode ter um formato regionalizado, na medida em que em torno do polo mais destacado podem estar distribuídos sítios menores de produção e distribuição, visando a economias de transporte e de escala e adequações à demanda. A área corresponderia, portanto, a um espaço articulado por fluxos de produção e comércio. No caso da região de planejamento, esta deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. Define-se uma região com base na intencionalidade da autoridade política, que afirma uma compreensão de território baseada nas necessidades de execução de determinados serviços públicos, no exercício do poder regulatório do estado ou, por exemplo, da focalização de políticas públicas setoriais em determinada parte do território.

No caso da saúde, a regionalização obedece prioritariamente ao critério de planejamento de uma oferta de serviços, à necessidade de racionalizar a dinâmica de articulação destes, instituindo maior coordenação e atingindo resultados em termos de mais acesso e equidade. Os dois primeiros critérios também podem ser considerados de maneira mais subordinada (ARTMANN; RIVERA, 2003).

A regionalização do cuidado em cardiologia pediátrica ou a colaboração entre centros regionais pode não apenas melhorar os resultados por concentrar a experiência, como também facilita a avaliação da qualidade em razão do aumento de volume cirúrgico (CHANG; KLITZNER, 2002).

Outro aspecto que impende destacar é a necessidade de levar em conta e aprofundar a análise do *mix* público-privado, visando ao entendimento de que é possível e salutar o estabelecimento de uma relação de real complementaridade, que inclua a saúde suplementar, que permita o preenchimento dos vazios de complexidade do setor público pelo privado e vice-versa. Desta maneira, a regionalização deveria necessariamente privilegiar o setor privado sob pena de que venha a fracassar por falta de coordenação (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Estes convênios representam para os hospitais universitários recursos extras que ajudariam a compensar o quadro de redução nos valores do repasse de recursos federais e contribuiriam para aumentar sua autonomia gerencial. Para evitar um prejuízo para o atendimento da clientela do SUS, supõe-se a necessidade de que sejam incrementadas a capacidade instalada dos hospitais e sua dotação de leitos (SOUZA; BODSTEIN, 2002).

Alguns hospitais adotam novas modalidades de gerência, denominadas de “parcerias”. São modalidades que propõem mudança na relação entre o setor público estatal e o particular na produção de serviços de saúde, por meio, por exemplo, da disposição de parcela de leitos de hospitais estatais para o mercado, que se convencionou denominar “subsídio cruzado”: a conexão entre o sistema de saúde estatal – público e gratuito e o sistema supletivo - particular e pago (COHN; ELIAS; IANNI, 2002).

3.4 Avaliação de Políticas Públicas

O processo de avaliação precede o momento da implementação e até mesmo ao planejamento. Existe uma avaliação que determina o desencadeamento do processo e dá-se pela análise do quanto e qual desprendimento é necessário para levar a termo a ideia. As etapas, que sucedem este momento, alocação de recursos e implementação norteiam-se por decisões em que o avaliar é uma constante.

Considerando as fases do ciclo do programa, Boulmetis e Dutwin (2000) assinalam que a avaliação de processo ocorre desde o momento em que o programa é implementado, utilizando dados e informações do monitoramento. É nesta fase que o avaliador deve observar o desempenho de indicadores das condições dos beneficiários e das atividades dos gestores e técnicos.

Hatry (1980) acentua que avaliar é a tentativa de determinar os efeitos de um programa ao longo de um dado período, bem como a extensão em que tais resultados foram de fato derivados do programa em questão.

Numa visão mais ampla, que procura compreender a fundamentação do programa, a avaliação vai buscar, desde a sua formulação, subsídios de complementaridade para análise de outras fases do programa ou política. Assim, Chelimshy (1985) define avaliação como método de pesquisa científica para a avaliação do projeto do programa, sua implementação e eficácia.

A avaliação pode atender as necessidades de um grupo específico. Assim Ala-Harja e Helgason (2000) assinala ser a avaliação a análise sistemática de um programa, ou parte dele, visando, primeiramente a, assistir os gerentes e outros agentes de decisão na determinação da propriedade, eficiência e eficácia de um programa e, em segunda instância, determinar casos que justifiquem a necessidade de novos programas ou a extensão de um programa. Em terceiro lugar, visa a decidir quanto à manutenção dos níveis correntes de investimento de recursos, seu aumento, redução ou suspensão.

Na mesma direção, Mayne (1994) indica que uma avaliação é solicitada por uma organização com o propósito de determinar a eficiência de funcionamento de um programa e concluir por seu aperfeiçoamento ou suspensão.

Nas ponderações de Silva (2008), a avaliação é um instrumento que pode ser utilizado por segmentos sociais organizados para fortalecimento da pressão sobre o Estado com o propósito de conquistar direitos sociais, haja vista que a avaliação pode ensejar e tornar públicas informações relativas a políticas e programas sociais.

Segundo Furtado (2001, p. 168),

[...] torna-se necessário, no processo avaliativo, a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos em um programa ou serviço, o que justificará a inclusão de representantes de diferentes grupos de interesse no processo.

Uma avaliação deve conter elementos analíticos, sistemáticos, confiáveis, específicos e customizados (EUROPEAN COMMISSION, 1997).

O objetivo da avaliação não é buscar a verdade absoluta, mas oferecer entendimento e uma visão justificada dos programas de implementação de políticas. A avaliação não substitui o processo de tomada de decisão política, mas permite que as decisões sejam tomadas de maneira mais consciente. A avaliação é o elo que fecha o círculo e completa o circuito de *feedback*. Uma política ou programa que tenha sido avaliado pode ser melhorado, expandido ou substituído (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

Segundo Holanda (2006, p.101), a avaliação tem geralmente quatro propósitos bem claros: aferir até que ponto os objetivos de programa ou projeto foram alcançados

(*eficácia*); esclarecer se isso foi feito de forma econômica, ou seja, com uma adequada relação entre custos e benefícios (*eficiência*); avaliar o impacto final do projeto, do ponto de vista de real melhoria das condições de vida dos beneficiários e das repercussões econômicas, sociais e políticas de sua execução (*efetividade*); recolher subsídios para a melhoria da eficiência do processo de formulação e implementação de programas e projetos.

As principais metas da avaliação podem ser caracterizadas como a melhoria do processo de tomada de decisão, a alocação apropriada de recursos e a responsabilidade (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

Conforme Contandriopoulos e Champagne (2005), avaliar significa realizar algum julgamento de valor, orientado por uma visão de mundo própria e objetiva, a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, objetivando a tomada de decisão. Aqueles que tomam decisões estratégicas devem ter uma grande vontade política para agir em parceria. Todos os agentes devem estar dispostos a reavaliar suas lógicas, interesses e culturas específicas, para aceitar os objetivos propostos, o método de trabalho, em busca de objetivos, comuns, maiores do que os setorizados e assistencialistas. Pode-se dizer que a soma das ações produz a integralidade.

A despeito de tantas definições, há algumas características comuns às avaliações de programa: constituem análises sistemáticas e de aspectos importantes de um programa, de seu valor, de modo a fornecer conclusões confiáveis e utilizáveis (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

Nessa perspectiva, a concepção de Aguillar e Ander-Egg (1994, p.31-32) sobre avaliação reúne vários aspectos:

[...] uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visam comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racionais e inteligentes entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou o fracasso de seus resultados.

O desafio é ter a dimensão do quanto é possível avaliar e a clareza se recortes na avaliação não vão prejudicar suas conclusões. Assim, a aplicação dos conceitos aqui descritos levou a se definir por uma avaliação desde o monitoramento que influenciou a tomada de

decisão em favor da política em análise, passando por sua formulação, implementação e resultados.

3.5 Saúde Suplementar e Cirurgia Cardiovascular nos Congênitos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou relatório em dezembro de 2008, onde acentua que 21,5% da população brasileira, naquele mesmo ano, estava coberta por algum tipo de plano de saúde. A análise do documento revelou que os usuários que têm a possibilidade de uso de internação hospitalar é de 15,8% e que os usuários entre zero e 19 anos apenas 12,1% têm esse mesmo direito, faixa etária em que são tratados em torno de 75% dos portadores de cardiopatias congênitas no Brasil (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da cobertura do sistema de saúde suplementar no Brasil, por faixa etária

Faixa etária (anos)	População	Total cobertura	Hospitalar	Hospitalar e ambulatorial	Ambulatorial	Referenciado	Ignorado	Total*	%*
0 – 9	32.962.038	5.629.757	76.834	4.122.200	290.585	987.908	152.230	4.199.034	12,7
10- 19	33.453.472	5.309.495	93.312	3.775.724	291.815	844.117	304.527	3.869.036	11,6
0 – 19	66.415.510	10.939.252	170.146	7.897.924	582.400	1.832.025	456.757	8.068.070	12,1
Geral	189.953.000	40.793.538	751.859	29.205.063	2.231.334	6.233.378	2.371.904	29.956.922	15,8

Fonte: ANS/MS; * Cobertura específica

Algumas considerações são relevantes na atenção destes grupos de pacientes usuários de planos de saúde. Estados onde não são operados pacientes do SUS ou em que o deficit é acentuado, é provável que pacientes cobertos, inclusive por assistência suplementar, fiquem desassistidos por falta de estrutura hospitalar e ou de profissionais. Recém-nascidos que não sejam filhos de mães usuárias desses planos são computados como fazendo parte dessa massa de cobertos pela saúde suplementar, mas, na maioria das vezes, pela gravidade do caso, e exigência no cumprimento de prazos de carência para cirurgia, engrossam as filas do sistema público.

Enfim, ao usar percentuais de cobertura, mesmo entre 12,1 e 15,8%, pode-se superestimar a atenção cirúrgica dos planos de saúde a este grupo de pacientes. Nesta pesquisa, tomam-se por base para a estimativa de procedimentos cirúrgicos nos usuários da assistência suplementar de saúde, com possibilidade de internação hospitalar, os dados oficiais da ANS/2008, - 15,8% (BRASIL, 2008b).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Análise das Portarias que Regulamentam a Política

A Portaria n° 1169/GM/2004 (Anexo I) institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, considerando alguns requisitos, enumerados a seguir, que dão suportes conceituais para a elaboração da portarias n° 210 e seus anexos.

1. Atendimento integral aos portadores de patologias cardiovasculares do Sistema Único de Saúde – SUS.

Entende-se como atenção integral o suporte necessário ao cuidado daquele que necessita tratamento. Este conceito é de grande importância, haja vista que a integralidade constitui um dos princípios do SUS.

A integralidade é usada de forma corrente com referência à diretriz da atenção integral, como um princípio de igualdade da assistência, vista como um conjunto de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema (SILVA, 2003).

2. Necessidade de organizar a assistência aos referidos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde.

Universalidade se define como o acesso de todos a todos os serviços, e integralidade é a forma de atenção que compreende todos os níveis da atenção em saúde, ou seja, da promoção à assistência.

O texto da Portaria n° 1169/GM/2004, entretanto, não define de que forma se dará a relação dos três níveis de atenção no que tange a cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica. Para que os princípios de universalidade e de integralidade sejam operacionalizados, torna-se necessária a estruturação de modelo específico de atenção à gestante e ao neonato, bem como acompanhamento pediátrico, ou seja, a formação de equipe multiprofissional também para o cuidado nos níveis de atenção primária e secundária, bem como dotar as instituições que prestam este tipo de atenção de equipamentos necessários ao diagnóstico e acompanhamento dos pacientes. A portaria também não estabelece o quanto e de que fontes sairão os recursos para ressarcimento destes investimentos. Determina, entretanto, que todas as unidades de cirurgia cardiovascular participem desse tipo de programa, exigência contida no anexo I parágrafo 1.4.

Quanto à regionalização, o Anexo IV da Portaria n°210 estabelece alguns parâmetros territoriais de atuação. No caso das Unidades de Assistência de Alta

Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, deve haver a proporção de 1: 800.000 habitantes, definindo também que sejam adotados os critérios estabelecidos no Art. 8º da mesma portaria, na definição dos quantitativos e distribuição geográfica das unidades, tais como: população a ser atendida; necessidade de cobertura assistencial; mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência; capacidade técnica e operacional dos serviços; série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida; integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares disponíveis no Estado. No mesmo artigo, está definido que, na situação de ausência de instituição para realizar qualquer procedimento de alta complexidade cardiovascular, o gestor local deverá garantir sua realização por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

Devem estar presentes, assim, mecanismos de alocação racional de recursos, organizados com base numa disposição tecnológica hierárquica, buscando ampliar a capacidade de atenção na porta de entrada do sistema, de forma que as demais tecnologias sejam incorporadas com suporte nas necessidades de cada usuário, considerando economias de escala e escopo. Torna-se necessária ainda uma devida distribuição geográfica dos serviços de saúde, dos recursos humanos e dos programas, possibilitando a conexão de várias expertises clínicas e de saúde coletiva, para prover uma atenção integral com mecanismos e estratégias de articulação e referenciamento adequado, suficientes para responder às necessidades de saúde de uma determinada base populacional (BRASIL, 2004b).

A estruturação de uma rede regionalizada de atenção à saúde possui como objetivos a provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada à saúde, articulados segundo a complementaridade de variadas densidades tecnológicas e organizadas por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos. Esse tipo de rede deve ser constituído mediante o planejamento, a gestão e o financiamento intergovernamentais cooperativos e voltados para o desenvolvimento de soluções integradas da política de saúde adaptadas às necessidades populacionais de cada espaço regional singular (BRASIL, 2008a).

Em complementação ao que está definido pelo MS/SAS, Artmann e Rivera (2003) entende que a regionalização pressupõe a alocação de recursos de saúde em determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores.

Segundo o autor, o enfoque de regionalização propõe-se encontrar um equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde.

A distância é um dos elementos mais importantes para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado. Não se pode deixar de comentar que em um país com distâncias gigantescas, diferenças regionais enormes, destacando-se os extremos entre regiões quase despovoadas e centros urbanos superpopulosos, é preciso pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros mediante adaptações viáveis e que tragam impactos positivos sobre a situação problemática. O grande critério para o caso é o acesso (ARTMANN; RIVERA, 2003).

No caso da saúde, a regionalização obedece prioritariamente ao critério de planejamento de uma oferta de serviços, à necessidade de racionalizar a dinâmica de articulação destes, instituindo maior coordenação para atingir resultados em termos de mais acesso e equidade. Os dois primeiros critérios também podem ser considerados de maneira mais subordinada (ARTMANN; RIVERA, 2003).

A regionalização do cuidado em cardiologia pediátrica ou a colaboração entre centros regionais pode não apenas melhorar os resultados por concentrar a experiência de equipes qualificadas em determinadas instituições, como também facilita a avaliação da qualidade em razão do aumento de volume cirúrgico (CHANG; KLITZNER, 2002).

Relacionada com essa proposta, os sujeitos indicaram nas entrevistas a criação de centros de atenção a portadores de cardiopatias, para atendimento das cardiopatias de maior complexidade. Tais centros deveriam ser distribuídos nas várias regiões, responsáveis por uma base territorial previamente estabelecida, propiciando acesso rápido e atenção qualificada, visto que em algumas doenças a demora na assistência pode ser o diferencial no resultado do tratamento e em alguns casos na sobrevivência do paciente.

A portaria em apreço adota o princípio da universalidade, que é o acesso, de forma indiscriminada, de todos a todos os serviços, com base na regionalização e hierarquização da atenção. Falta na política atual uma abordagem que vise a atender as iniquidades na atenção cardiovascular notadamente em algumas regiões. Falar em universalidade não é a mesma coisa que promover equidade. Segundo Garrafa e Porto (1995, p. 56) “igualdade é consequência da equidade. O reconhecimento das diferenças e a supressão das necessidades possibilitam alcançar a igualdade”.

A equidade tem sido interpretada, seja no discurso oficial, seja na fala dos agentes sociais de relevância na arena sanitária, como um princípio do SUS. É justo que seja assim, pois os sistemas universais devem buscar a equidade (BRASIL, 2007).

Para Neves (1999), a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, mediante sua redistribuição diferenciada: atribuindo mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades. Isto só é possível pelo princípio da solidariedade, em que todos os homens redistribuam os bens entre si. Sugere a aplicação de dois critérios em especial, o da necessidade médica, como fator de racionalização, e o da igualdade de oportunidades, como fator de acessibilidade universal.

A NOB 96 tem como objetivo promover equidade com qualidade e racionalidade nos gastos. Para que se evite um processo acumulativo injusto por parte de alguns municípios, com a crescente espoliação de outros, a composição dos sistemas municipais e a ratificação das programações pactuadas nos respectivos conselhos de saúde visam aos estabelecimentos de redes regionais para ampliação do acesso com qualidade e menor custo (DUARTE, 2000).

A Portaria n° 210 (Anexo II), tomando por base o princípio da integralidade proposto na Portaria n° 1169/GM, trata das normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular. Ali está definido que tais unidades devem oferecer assistência especializada e integral aos pacientes com doenças do sistema cardiovascular e, para tanto, devem: aderir aos critérios da Política Nacional de Humanização; desenvolver ou participar de programas de prevenção e detecção precoce das doenças do sistema cardiovascular; oferecer diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença do sistema cardiovascular; desenvolver programa de reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

Tomando por base o exposto, em linhas gerais, a política atende ao princípio da integralidade quando engloba na assistência o diagnóstico precoce, o tratamento, a prevenção e a reabilitação.

Pauli (2007) divide em cinco os níveis de prevenção, sendo a prevenção primária subdividida em promoção de saúde e proteção específica; a prevenção secundária em diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez; e a prevenção terciária em reabilitação.

Em nenhuma das portarias que compõem a política há qualquer referência ao tipo de ação ou para qual tipo de doença a prevenção primária deva ser desenvolvida. As determinações limitam-se a estipular que tais atividades devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo vários níveis da gestão.

Em relação a isso, no decorrer da entrevista, o representante do Departamento de Cardiologia Pediátrica (DCPed) da SBC referiu que alguns programas de prevenção primária poderiam ser implementados em parceria com o MS, no patamar de política de Estado. Isso concretizaria o que está definido no Art. 4º, parágrafo único da Portaria nº210, que refere as sociedades científicas como órgãos civis de apoio técnico na execução das ações objeto da Portaria.

Quando trata do diagnóstico precoce, a política não estabelece normas para adequação dos serviços à atenção do segmento, que começa no cuidado ao feto, passa pelo neonato e vai até a criança. Por outro lado, seriam necessários estrutura física, equipamentos e profissionais especializados.

As fontes de recursos para efetivação das diversas ações também representam uma lacuna importante na política. Não é demais ressaltar que diagnóstico precoce aponta para tratamento em tempo programado e que o art. 2º da Portaria nº 1169/GM determina que as secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade.

Quanto à reabilitação e prevenção terciária, como para outras ações de promoção da integralidade, as portarias não explicitam a fonte pagadora, pouco viável, por parte dos prestadores, a efetivação destes serviços firmados no ato do credenciamento.

3. Garantir a esses pacientes a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos.

Este tópico remete à integralidade, sendo que sua efetivação esbarra na falta de articulação entre as ações nos diversos níveis, na falta de infraestrutura dos serviços que prestam a atenção primária e secundária e na deficiente capacidade da atenção terciária para atender a demanda nesse nível. Vale salientar que o princípio da intersetorialidade deveria estar referido, remetendo às condições alimentares, de educação e de lazer, pilares para garantir uma boa saúde cardiovascular.

4. Necessidade de uma nova conformação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como de determinar o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções.

Para atender a essa determinação, o Art. 2º da Portaria nº210 determina que as secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para

formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular. O parágrafo único define que a Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular deve estar composta de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e centros de referência em alta complexidade cardiovascular. Por sua vez, as unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e os centros de referência em alta complexidade cardiovascular devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde e atender os critérios da Política Nacional de Humanização. As aptidões e atribuições dos serviços situados em unidades de assistência e nos centros de referência em alta complexidade cardiovascular devem ser regulamentados pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS em portaria específica. Os parâmetros mínimos de funcionamento dessas unidades estão definidos no anexo I da Portaria nº 210.

A mesma portaria, em seu Art. 1º, parágrafo 2º, define como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor nas políticas de atenção nas patologias cardiovasculares, devendo possuir como atributos: ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de abril de 2004; definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada quatro milhões de habitantes; participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional; ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos; ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde; oferecer, no mínimo, quatro dos serviços definidos no Artigo 5º, desta Portaria.

Vale salientar que a obrigatoriedade de base territorial de atuação (máximo de um centro de referência para cada quatro milhões de habitantes) foi revogada pelo Art. 3º da Portaria SAS/MS nº 384, de maio de 2000, mantendo-se os demais.

O Art. 2º, parágrafo 1º da portaria em apreço estabelece que, nos estados com população menor do que 4.000.000 de habitantes deverá haver no máximo, um Centro de Referência, desde que a unidade atenda as exigências da portaria. O parágrafo 2º do mesmo

artigo define que, preferencialmente, deverão ser habilitados como centros de referência os hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos, nesta ordem, que se enquadrem no Artigo 1º, § 2º, inciso “I”.

Os entrevistados consideraram os critérios técnicos contidos no anexo da Portaria nº210 como não excludentes e que poderiam servir como instrumento de negociação para melhorias da instituição. Outros os consideraram como fator limitante no cadastramento principalmente na formação de equipes multiprofissionais, na estruturação física e na aquisição de equipamentos.

Entende-se que os critérios estabelecidos são necessários como parâmetros para oferecer atendimento adequado ao segmento de pacientes cardiopatas. Tomando por base, no entanto, o fato de que a meta estabelecida na política foi de 239 centros, sendo que apenas 66 foram efetivamente habilitados, isso indica que a política foi limitante no acesso da instituição, sendo suas causas abordadas em outro espaço desta dissertação.

5. Atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo.

Para permitir a atualização há pouco referida, o Art. 11 da Portaria nº 210 incorporou seis anexos: Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; Formulário de Vistoria do Gestor; Formulário de Vistoria do Ministério da Saúde; Relação dos Procedimentos Incluídos nas Tabelas SIA e SIH/SUS para a Assistência Cardiovascular; Parâmetros de Distribuição Demográfica para os Serviços de Assistência e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular; Relação dos Procedimentos Excluídos das Tabelas SIA e SIH/SUS. Foi criada, também, a Tabela de Compatibilidade entre Procedimento Realizado e OPM e a Organização dos Procedimentos da Assistência Cardiovascular, disponibilizada no *site* do MS para fins de consulta.

Vale salientar que 88,3% dos entrevistados opinaram pela necessidade de implantação de um banco de dados (BD). Consideraram que, para isso ocorrer, há a necessidade de adequar as tabelas do diagnóstico, dos procedimentos e de OPM, utilizando-se nomenclatura internacionalmente aceita, já que para a especialidade é essencial estar inclusa no contexto internacional.

6. Aperfeiçoamento do sistema de informação, referente à Assistência Cardiovascular.

O Art. 6º estabeleceu o prazo de 120 dias para implantar instrumentos da gestão como o “Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular”, mas, até a conclusão desta pesquisa, isso não tinha ocorrido.

Os argumentos referidos nas entrevistas de diretores de sociedades, bem como dos gestores do MS em explicação para a não implementação do registro foram: falta de decisão política, incapacidade do DATASUS para formular o BD e falta de interesse da sociedade da especialidade por ter dúvidas sobre como serão utilizados os dados. Em relação a isto, foram identificados claramente interesses divergentes, relacionados, principalmente, ao poder que a administração do BD pode gerar, conforme se explicita a seguir.

Para 91,4% dos cirurgiões o BD deve ser gerenciado pelo DCCVPed ou pela SBCCV, sendo que 76,6% entendem que o preenchimento deveria ser obrigatório e vinculado à cobrança da AIH; 93,1% deles participariam do registro, mesmo que não fosse de preenchimento compulsório.

7. Estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada a esses pacientes.

Vale salientar que os mecanismos ora referidos se concretizariam, em parte, por meio do registro de cirurgia cardiovascular. Este registro, por sua vez, deveria instrumentalizar as ações previstas no Anexo I da Portaria 210 tópico 1.7. Nos termos do Anexo, a manutenção do credenciamento dos serviços estaria condicionada: ao cumprimento continuado, pela unidade, das Normas estabelecidas na Portaria; à avaliação a ser realizada por auditorias periódicas ou recomendadas pela SAS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a unidade, sendo que os relatórios daí gerados devem ser encaminhados à Coordenação Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada - DAE/MS para análise; este determinará a manutenção ou suspensão do credenciamento, tomando por base o cumprimento ou não das normas estabelecidas nesta portaria, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

Segundo os cirurgiões entrevistados, o registro pode vir a ser alimentado por dados não fidedignos, já que eles teriam, entre suas finalidades, fundamentar a manutenção ou suspensão dos credenciamentos. A propósito disso, os entrevistados criticaram a ausência da sociedade científica das comissões de avaliação de desempenho das unidades credenciadas.

Em suma, permanece ainda um grande desafio a ser enfrentado na luta pela implementação efetiva de políticas, em que o acesso universal com efetividade e

resolubilidade deveriam ser uma garantia. Transpor o abismo entre a norma e a prática, “o real”, é o caminho a ser percorrido pelos vários segmentos interessados na solução das mazelas da população, visto que é notória a abrangência das intenções contidas nas portarias. A universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde devem ser, portanto, o objetivo de políticas de saúde que se propõem ser indutoras de saúde com qualidade.

4.2 Regionalização da Cirurgia Cardiovascular Pediátrica

Atualmente existem 240 estabelecimentos de saúde habilitados na assistência cardiovascular de alta complexidade (UACAC). Destes, 199 estão habilitados como unidades de assistência e 41 como centros de referência. Existem 140 hospitais habilitados a realizar cirurgia cardiovascular exclusivamente em pacientes adultos, oito habilitados exclusivamente para cirurgia cardiovascular pediátrica e 58 estão habilitados para realizar cirurgias em adultos e pediátrica, 166 em cirurgia vascular, 201 em cardiologia intervencionista, 58 em procedimentos endovasculares extracardíacos e 54 em eletrofisiologia, conforme discriminado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das Unidades de Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade (UACAC)

Tipo de habilitação	Total
Habilitados na UACAC	240
Unidades de assistência	199
Centro de referência	41
Total de estabelecimentos habilitados em Cirurgia Cardiovascular	206
Habilitados em Cirurgia Cardiovascular Adulto	140
Habilitados em Cirurgia Cardiovascular adulto e pediátrica	58
Habilitados em Cirurgia Cardiovascular pediátrica	8

Fonte: SAS/MS, 2010

Para a distribuição geográfica dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, a Portaria n° 210 (anexo IV) toma como base a proporção de 1:800.000 habitantes. Aplicados estes parâmetros às populações estimadas para 2009 (IBGE) das unidades federadas e regiões brasileiras, foi feita a correlação da meta de cadastramento com os quantitativos de serviços efetivamente. Dessa forma, elaborou-se a Tabela 5, na qual fica demonstrado que o País e a especialidade convivem com deficits que em alguns territórios representam a ausência total de serviços. Sendo assim, já se pode afirmar que o princípio de regionalização não se concretizou na implantação da política. Esta

realidade pode ser explicada por diversas causas, em que se somam as diferenças regionais, a falta de profissionais qualificados e de instituições hospitalares com infraestrutura para que sejam realizados os complexos procedimentos demandados.

Tabela 5 – Distribuição das Unidades Habilitadas (UH) em cirurgia cardiovascular pediátrica nas regiões e unidades da Federação em 2009*

Região	População	Meta 1:800.000	CC (adulto e criança)	CC pediátrica	Total	Deficit (%)
Brasil	191.480.630	239	58	8	66	72,43
Norte	15.359.608	19	2	0	2	89,58
Rondônia	1.503.928	2				100,00
Acre	691.132	1				100,00
Amazonas	3.393.369	4				100,00
Roraima	421.499	1				100,00
Pará	7.431.020	9	2		2	78,49
Amapá	626.609	1				100,00
Tocantins	1.292.051	2				100,00
Nordeste	53.591.197	67	19	3	22	67,16
Alagoas	3.156.108	4	1		1	74,36
Bahia	14.637.364	18	7		7	61,75
Ceará	8.547.809	11	1	2	3	71,96
Maranhão	6.367.138	8	2		2	75,00
Paraíba	3.769.977	5	1		1	78,72
Piauí	3.145.325	4	2		2	48,72
Pernambuco	8.810.256	11	3		3	72,73
RN	3.137.541	4	1		1	74,36
Sergipe	2.019.679	3	1	1	2	20,00
Sudeste	80.915.332	101	23	0	23	77,25
Espírito Santo	3.487.199	4	1		1	77,27
Minas Gerais	20.033.665	25	6		6	76,00
Rio de Janeiro	16.010.429	20	4		4	80,00
São Paulo	41.384.039	52	12		12	76,79
Sul	27.719.118	35	11	3	14	59,54
Paraná	10.686.247	13	5	2	7	47,76
Santa Catarina	6.118.743	8		1	1	86,84
RGS	10.914.128	14	6		6	55,88
Centro-Oeste	13.895.375	17	3	2	5	71,26
Distrito						
Federal	2.606.885	3	2		2	39,39
MGS	2.360.498	3	1		1	66,67
Mato Grosso	3.001.692	4		1	1	73,68
Goiás	5.926.300	7		1	1	86,49

Fonte: SAS/MS 2010

*População estimada IBGE

4.2.1 Resultados da Regionalização: uma Análise sobre a Frequência de Procedimentos

As unidades de saúde habilitadas a realizar procedimentos em cardiopatias congênitas podem ser classificadas segundo a faixa etária da clientela que atendem. No caso desta pesquisa, oito unidades realizam procedimentos em pacientes abaixo de 18 anos, 58 atendem tanto adultos quanto crianças e 140 atendem pessoas acima de 12 anos.

As faixas etárias estudadas foram: faixa etária geral de 0 – 29 dias; e de um mês a 11 anos.

Vale salientar que as vinte maiores instituições em relação ao volume de cirurgias, no ano de 2008, estão habilitadas como unidades de cirurgia cardiovascular pediátrica ou associada à cirurgia cardiovascular de adulto.

Já levando em consideração o atendimento a todas as faixas etárias, a distribuição das vinte maiores instituições conforme a região foi: seis unidades na região Nordeste (30%), três no Centro-Oeste (15%), sete no Sudeste (35%), quatro no Sul (20%) e nenhuma na região Norte.

Superior a 200 procedimentos realizados em 2008, foram encontrados ao todo sete (35%) unidades, sendo duas na região Sul, uma na Centro-Oeste e quatro na Sudeste. Entre 100 e 200 procedimentos realizados no mesmo, ano há 12(60%) unidades sendo cinco, três, duas e duas, respectivamente, na região Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul, respectivamente. Abaixo de 100 procedimentos realizados naquele ano há apenas uma unidade (5%) na região Nordeste (Figura 4).

A frequência de procedimentos nas 185 instituições que apresentaram produção variou de um a 536, sendo a média correspondente a $M=36,2\pm 69,5$. Vale salientar que 108 instituições realizaram menos de 12 procedimentos no ano de 2008. Já a frequência de procedimentos das 20 maiores instituições variou de 95 a 536, com média correspondente a $M=200\pm 107$.

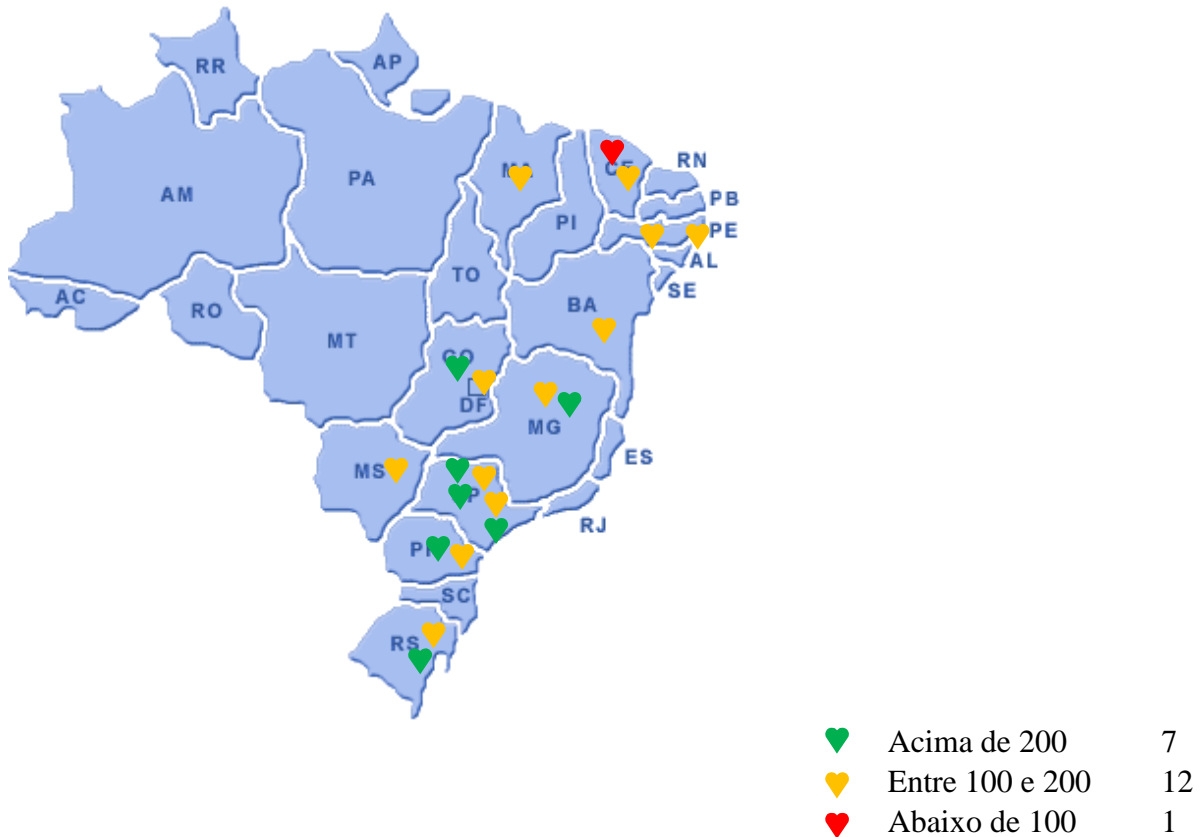


Figura 4 – Distribuição das 20 maiores unidades hospitalares que operam pacientes de todas as faixas etárias

Quando estratificadas as 20 maiores instituições que atendem a faixa etária de um mês a menos de um ano, encontra-se a distribuição geográfica: uma (5%) unidade na região Norte, cinco (25%) unidades na Nordeste, três (15%) unidades na região Centro Oeste, seis (30%) na região Sudeste e cinco (25%) na região Sul. Para a mesma faixa etária, considerando mais 100 procedimentos/ ano realizados, foram identificados: apenas duas (10%) unidades, sendo uma na região Sul e outra na região Sudeste. Entre 50 e 100 procedimentos/ano realizados, há seis unidades (30%), sendo uma na região Nordeste, três na região Sudeste, uma na Centro-Oeste e uma na Sul. Abaixo de 50 procedimentos/ano realizados, há 12 unidades (60%), sendo uma na região Norte, quatro na Nordeste, duas na Sudeste, duas na Centro-Oeste e três na Sul (Figura 5). Portanto, as maiores instituições hospitalares que atendem crianças de um mês a menos de um ano estão relativamente bem distribuídas em todas as regiões geográficas, com exceção da região Norte, que detém o menor percentual entre elas(5%).

Em relação a essa mesma faixa etária, nas 66 instituições que apresentaram produção, esta variou de um a 114 procedimentos/ano, com média $M=21,2\pm 27,2$ e que realizaram menos de 12 procedimentos/ano foram encontradas 38 instituições. Nas 20

maiores instituições, a produção variou de 26 a 114 procedimentos/ano, com média $M=55 \pm 27$.

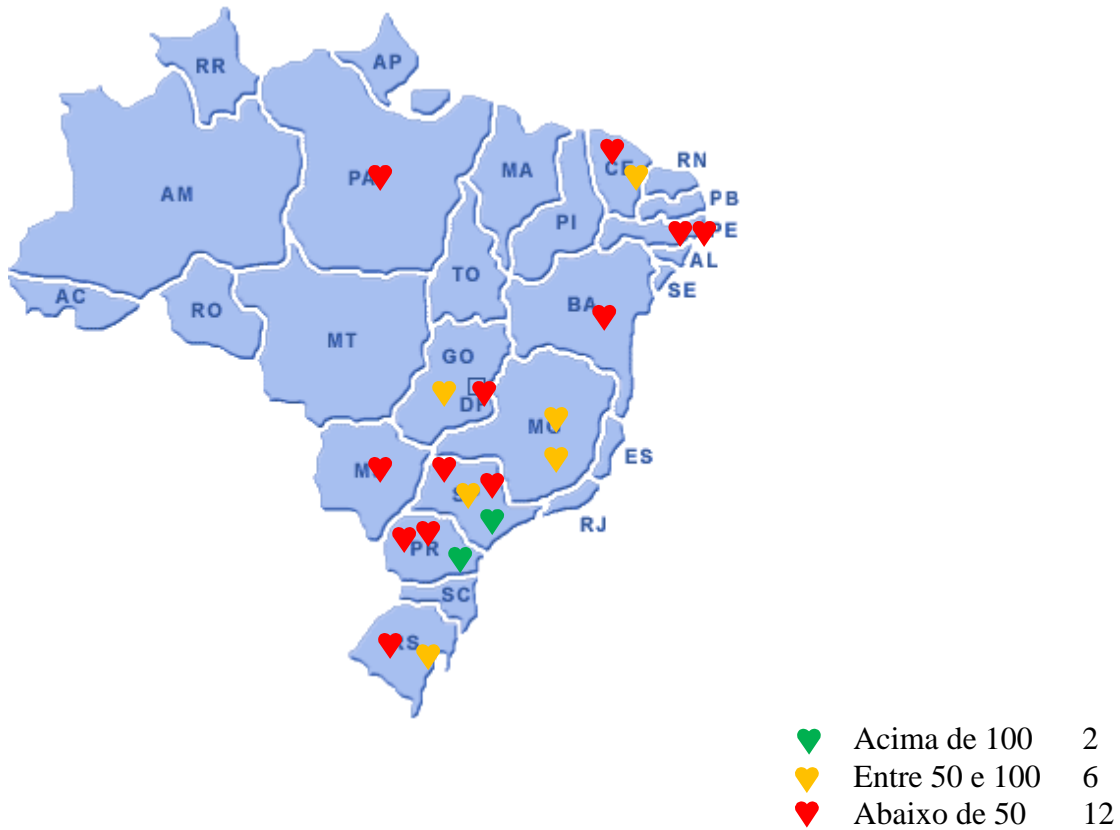


Figura 5 – Distribuição das 20 maiores unidades hospitalares que operam pacientes entre 1 mês e < 1 ano

Para o tratamento cirúrgico dos pacientes neonatos, ou seja, crianças entre zero e 29 dias, a localização das 20 vinte maiores instituições é a seguinte: duas unidades na região Nordeste (10%), três na Centro Oeste (15%), nove na Sudeste (45%) e seis na Sul (30%). Em relação ao volume de procedimentos realizados, a distribuição encontrada foi: acima de 50 procedimentos/ano, apenas uma unidade na região Sul; entre 20 e 50 procedimento/ano, sete unidades, sendo uma no Centro Oeste, quatro no Sudeste e duas no Sul; abaixo de 20 procedimentos/ano, 12 unidades, sendo duas no Nordeste, cinco no Sudeste, duas no Centro-Oeste e três no Sul (Figura 6). Sendo assim, as maiores instituições que realizam procedimentos cirúrgicos estão localizadas entre o Sul e o Sudeste (75%) e só as de médio e pequeno porte estão mais bem distribuídas geograficamente, a despeito da ausência de instituições na região Norte.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, nas 56 instituições que apresentaram produção, esta variou de um a 51 procedimentos/ano, com média $M=9\pm 11$; foram encontradas 41 instituições que realizaram menos de 12 procedimentos/ano. Já a frequência de procedimentos das 20 maiores instituições variou de sete a 51 com média $M=20,6\pm 11,7$.

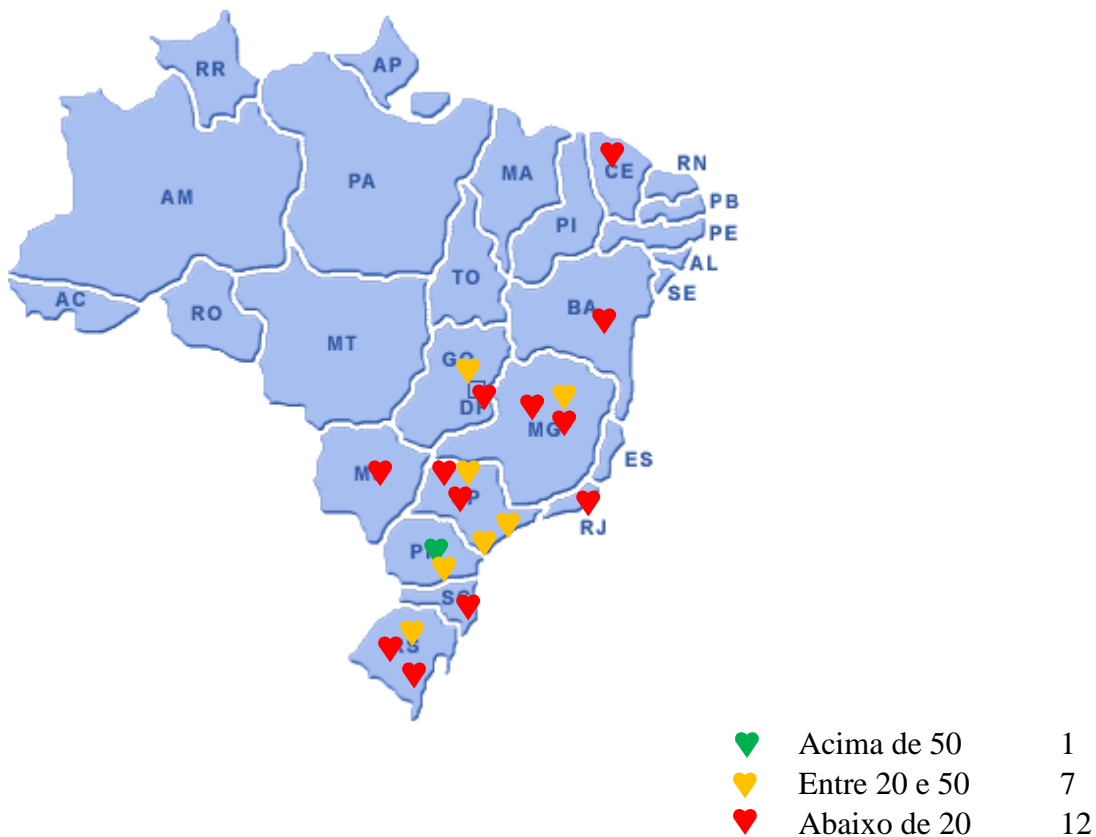


Figura 6 – Distribuição das 20 maiores unidades hospitalares que operam pacientes entre 0-29 dias

Há, portanto, um adensamento dos maiores centros habilitados para o tratamento dos portadores de cardiopatias congênitas nas regiões Sul e Sudeste e em menor proporção nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, estando a região Norte, com exceção do tratamento aos portadores a pacientes entre um mês e um ano de idade, excluída do mapa das maiores instituições do Brasil. É possível com este estudo identificar instituições que poderiam ser os centros propostos por diretores de sociedades como de referência para o tratamento de cardiopatias complexas e de formação multiprofissional.

4.3 Os Números da Cirurgia Cardiovascular de Congênitos e Adquiridas do Grupo Pediátrico no Brasil

4.3.1 Evolução da Frequência e Investimentos em Cirurgia para Correção de Defeitos Cardíacos Congênitos no Brasil

A frequência de procedimentos cirúrgicos para correção de cardiopatias congênitas custeados pelo SUS ao longo de dez anos, período compreendido entre os anos de 1999 e 2008, variou de 6.315 a 7.567, com média $M= 7.033 \pm 363,37$ (Tabela 6), com variação percentual média por ano de 0,78% como mostra o Gráfico 3.

Tabela 6 – Variação da frequência e dos investimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos pelo Sistema Único de Saúde, de 1999 a 2008

Ano	Frequência	Investimento	Valor médio/procedimento
1999	6.315	47.460.786,56	7.515,56
2000	6.799	39.462.882,04	5.804,22
2001	7.063	45.950.398,96	6.505,79
2002	6.924	47.736.793,74	6.894,40
2003	7.348	53.663.942,78	7.303,20
2004	7.086	54.567.816,20	7.700,79
2005	7.292	55.862.163,28	7.660,75
2006	7.567	58.503.391,06	7.731,39
2007	7.235	60.255.138,77	8.328,28
2008	6.701	62.132.994,42	9.272,20
Média	7.033	52.559.630,78	7.471,66

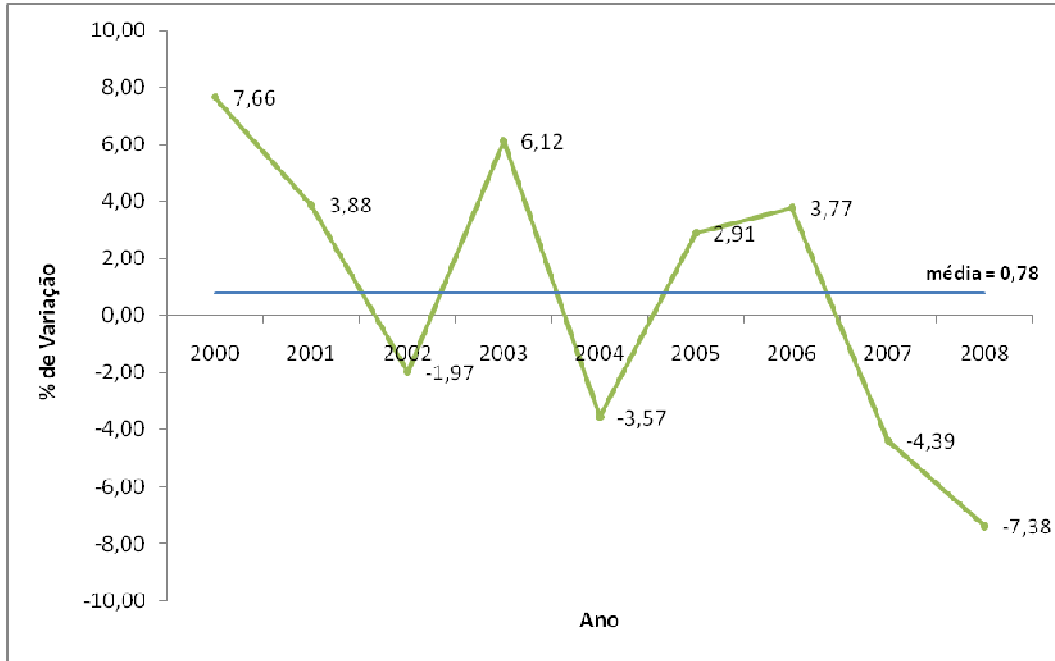


Gráfico 3 – Variação percentual da frequência de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos no Brasil, entre os anos de 1999 a 2008

Para o mesmo período, os investimentos para pagamento dos procedimentos, aqui inclusos serviços hospitalares, serviços profissionais e órteses e próteses, variaram de R\$ 39.462.882,04 a R\$ 62.132.994,42, com média $M=52.559.630,78 \pm 7.202.022,85$, com variação percentual média por ano de 3,42%, como mostra o Gráfico 4.

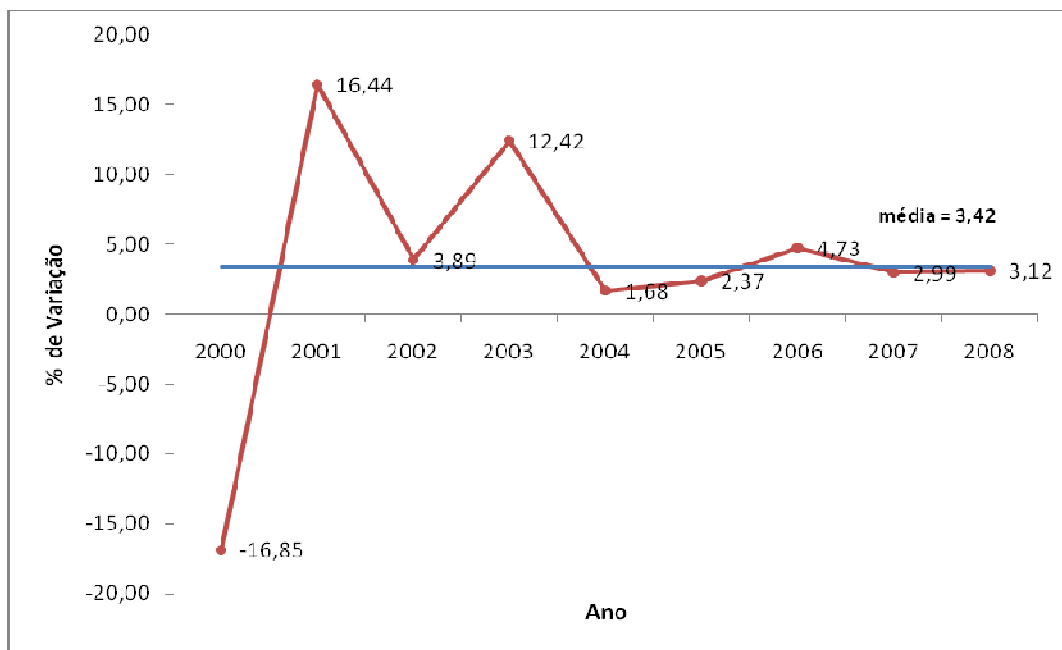


Gráfico 4 – Variação percentual do investimento em cirurgia cardiovascular de congênitos no Brasil, entre os anos de 1999 a 2008

Verificou-se que o valor médio por procedimento, pago pelo SUS, variou de R\$ 5.804,22 a R\$ 9.272,20, com média de R\$ 7.471,66±955,00, e variação percentual média por ano de 2,9% como mostra o Gráfico 5.

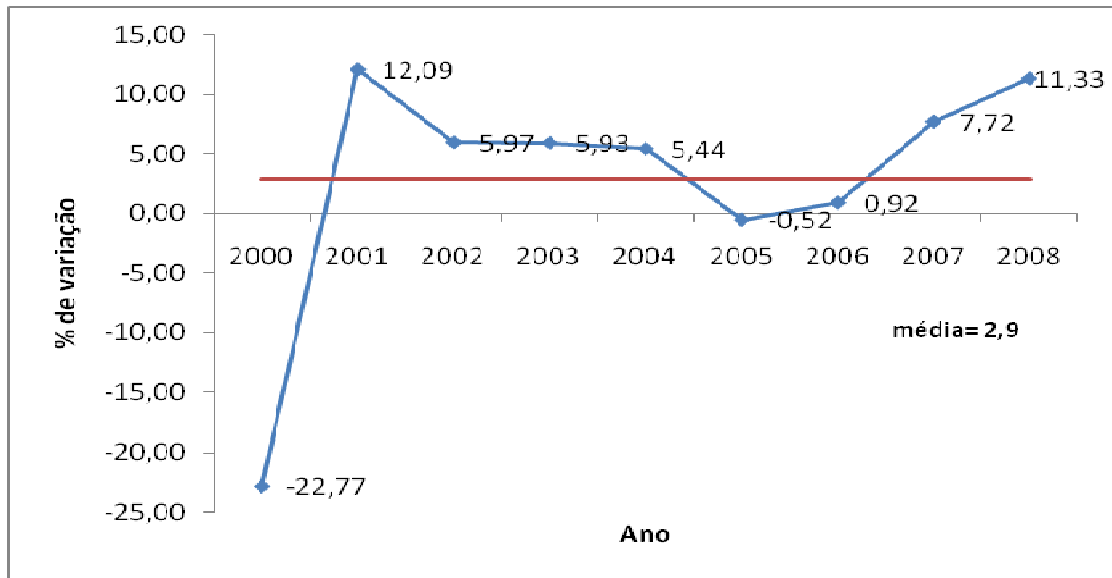


Gráfico 5 – Variação percentual do investimento por procedimento em cirurgia cardiovascular de congênitos no Brasil entre os anos, de 1999 a 2008

A distribuição da frequência de procedimentos por faixa etária entre os anos de 2002 e 2008 apresentou evolução, como demonstrado na Tabela 7. O período foi dividido em dois grupos: o primeiro antes da implementação da política de 2002 – 2004 e o segundo de 2005 a 2008, após a implementação. Constatou-se que para a faixa etária abaixo de um ano e entre um e 11 anos, os grupos antes e depois da implementação da política tiveram comportamento semelhante ($p > 0.05$). Já para as faixas entre 12 e 17 anos e de adultos, \geq a 18, anos houve aumento significativo ($p < 0.05$) na frequência de procedimentos depois da implementação da política. Portanto, a política teve impacto na frequência de procedimentos apenas entre os adolescentes e adultos portadores de cardiopatias congênitas.

Tabela 7 – Distribuição da frequência de procedimentos, por faixa etária, no período de 2002 a 2008

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Faixa etária							
0-29 dias	574	618	660	628	665	585	517
1 mês < 1 ano	1.364	1440	1618	1.579	1.533	1.569	1.402
< 1ano	1.938	2.058	2.278	2.207	2.198	2.154	1.919
1 - 11 anos	3.147	3.252	2.944	3.008	3.103	2.891	2.612
12 - 17 anos	426	492	439	499	530	502	500
≥18 anos	1.413	1.546	1.425	1.578	1.736	1.688	1.670
Total	6.924	7.348	7.086	7.292	7.567	7.235	6.701

Para análise de frequência, investimentos e investimento por procedimento, o período de 1999 a 2008 também foi dividido em dois grupos: o Grupo I, compreendendo o período de 1999 a 2004, portanto, antes da implementação da Política de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com foco na pediatria, e o Grupo II, correspondente aos anos de 2005 e 2008, pós-implementação (Gráfico 6).

Quando comparados no que se refere à frequência de procedimentos, o Grupo I, com média de $6.923 \pm 349,8$ procedimentos, e o Grupo II, com média de $7.199 \pm 362,11$ procedimentos, constatou-se que houve leve crescimento, de 3,84%, entretanto não significativo ($p > 0.05$).

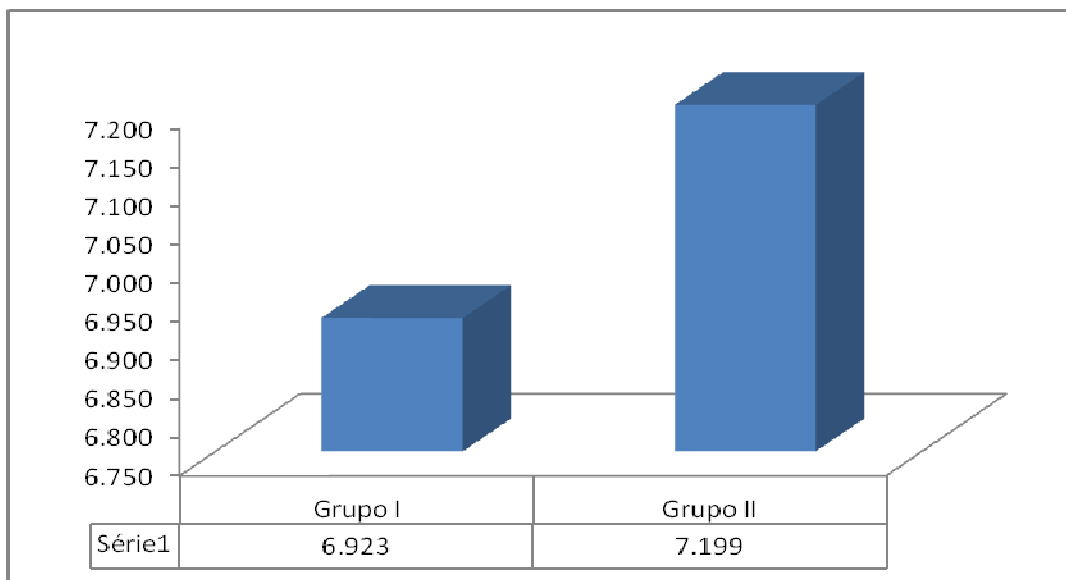


Gráfico 6 – Comparação da frequência de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos, entre os grupos I e II

Com base nos dados que originaram o Gráfico 7, os investimentos no Grupo I variaram de R\$ 45.950.398,96 a R\$ 54.567.816,20, com média $M = R\$ 48.140.436,71 \pm 5.523.430,07$; e os do Grupo II variaram de R\$ 55.862.163,28 a 62.132.994,42, com média

M=R\$ 59.188.421,88±2.667.186,77, crescimento de 18,67%, com significância estatística ($p<0.05$).

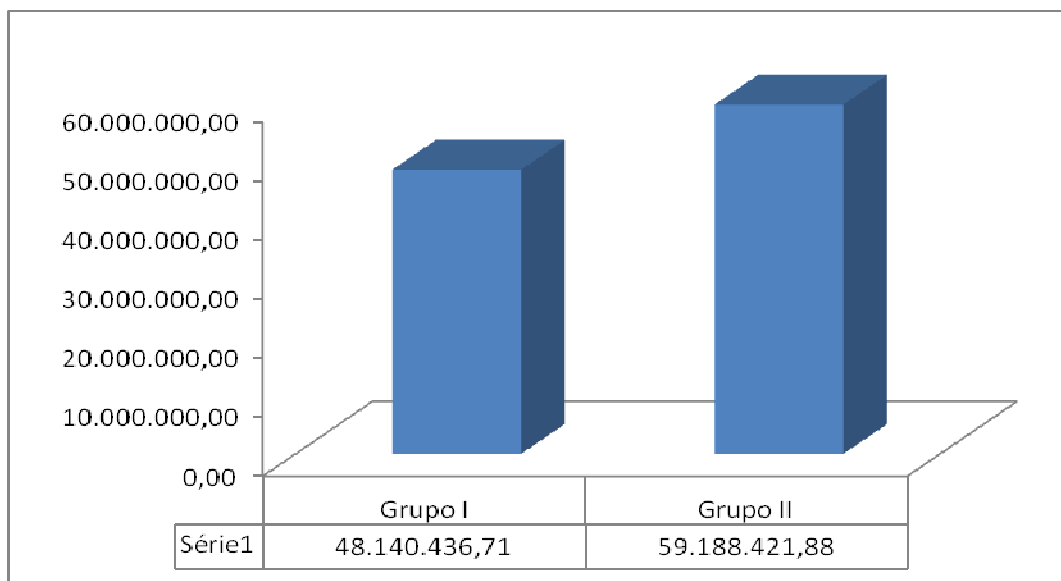


Gráfico 7 – Comparação de investimentos dos procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos, entre os grupos I e II

O valor médio dos procedimentos no Grupo I variou de R\$ 5.804,22 a R\$ 7.700,79, com média M=R\$ 6.953,99 ± 710,13. No Grupo II a variação foi de R\$ 7.660,75 a 9.272,20, com média M=R\$ 8.248,15 ± 745,47 e crescimento de 15,69%, sendo estatisticamente significativa ($p<0.05$) como mostra o Gráfico 8.

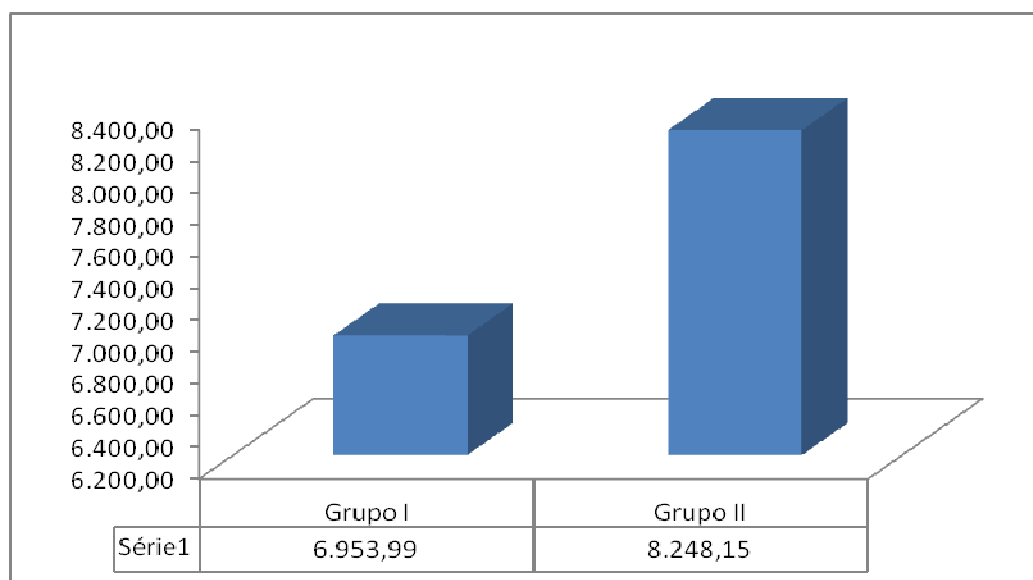


Gráfico 8 – Comparação do valor médio dos procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos, entre os grupos I e II

No Grupo II, período pós-implantação da política, a frequência de procedimentos foi de 7.292 em 2005, com pico de 7.567 em 2006 e tendência de declínio em 2007 e 2008, com 7325 e 6701 procedimentos, respectivamente. Houve um percentual de variação média negativo para o período de $-1,27$ ao ano (Gráfico 9).

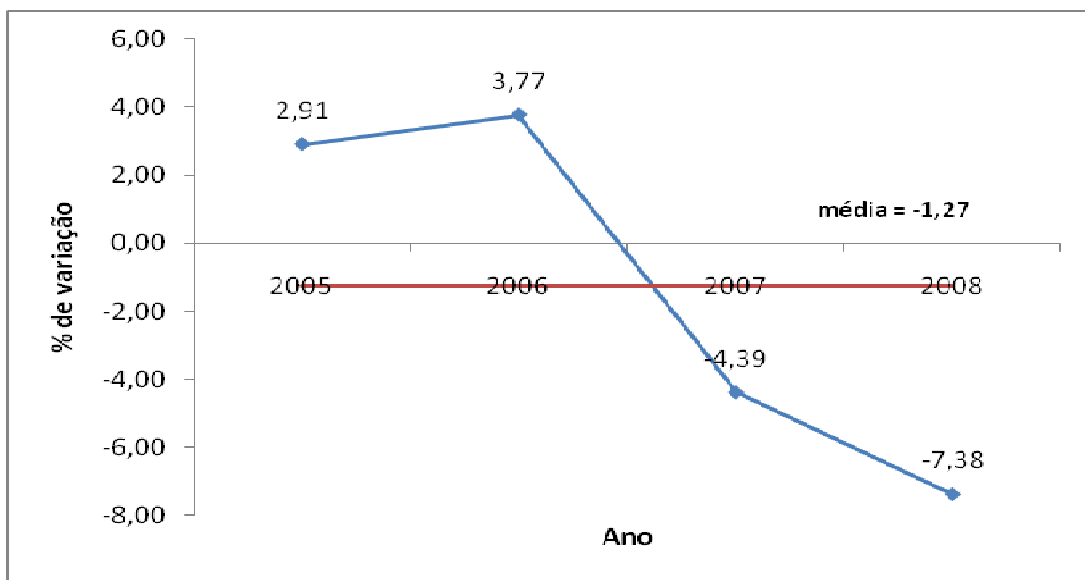


Gráfico 9 – Percentual de variação de frequência de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos no grupo II, entre o período de 2005 a 2008

Por outro lado, os investimentos no mesmo período passaram de R\$ 55.862.163,28 para R\$ 62.132.994,42, com variação média/ano positiva de 3,3 (Gráfico 10).

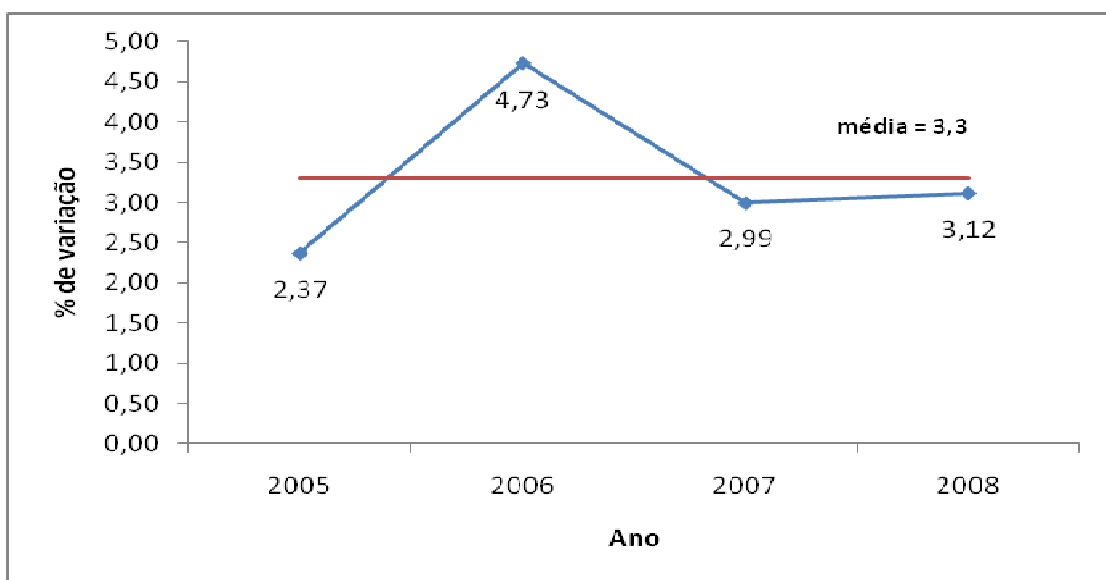


Gráfico 10 – Variação percentual de investimentos nos procedimentos de cirurgia cardiovascular de congênitos do grupo II, no período de 2005 a 2008

O valor médio dos procedimentos apresentou tendência de crescimento entre 2005 e 2008, passando de R\$ 7.660,75 em 2005 para R\$ 9.272,20 em 2008, com percentual de variação média por ano positivo de 4,9% (Gráfico 11).

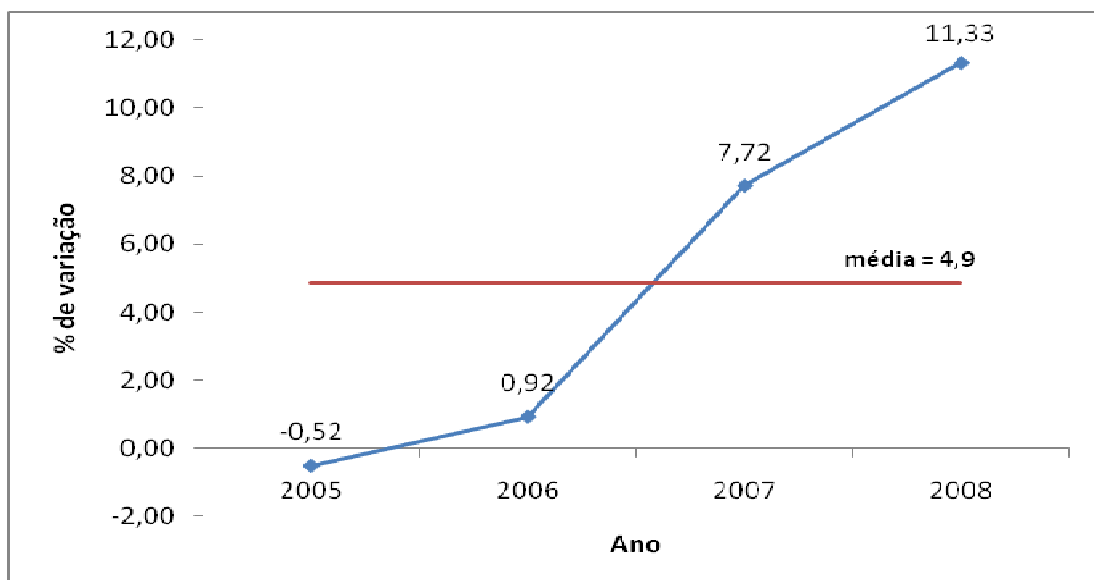


Gráfico 11 – Percentual de variação do valor médio dos procedimentos de cirurgia cardiovascular de congênitos do grupo II, no período de 2005 a 2008

4.3.2 Estimativa de Deficit em Cirurgia de Cardiopatias Congênitas no Brasil para o Ano de 2008

Tomando por base a incidência de cardiopatia congênita de 7,2/1000 nascimentos, o cálculo da estimativa de cirurgias para esse grupo em 2008, no Brasil, seria da ordem de 21.006, entretanto, naquele ano, foram realizadas apenas 7.997 cirurgias, sendo a maioria, 6.701 (83,8%), custeada pelo SUS, 1.264 pelo Sistema Suplementar de Saúde (15,8%) e 32 (0,4%) cirurgias particulares. Sendo assim, no ano de 2008, o País teve um deficit de 62% em procedimentos de cirurgia cardiovascular de congênitos. Os maiores deficits de cirurgias ocorreram na região Norte (91%), seguida da região Nordeste (76%). As regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste apresentam deficits de 36%, 47% e 55%, respectivamente.

A distribuição dos deficits por unidade da Federação é visualizada na Tabela 8. Ali se confirmam os deficits há pouco referidos, pondo em evidência o fato de que o Paraná e o Distrito Federal têm os menores deficits (14%) e Rondônia, Acre e Roraima são totalmente deficitários; enquanto isso outros 13 estados apresentam deficits igual ou acima de 80%,

evidenciando-se mais uma vez que a regionalização, no caso da política avaliada, é apenas um discurso sem correspondência na prática clínica.

Tabela 8 – Estimativa de deficit de procedimentos cirúrgicos em cardiopatia congênita, por unidade federada

Região	Nascimentos	Estimativa	SUS**	Convênio	Part	Total	Deficit absoluto	Deficit %
BRASIL	2.917.432	21.006	6701	1.264	32	7.997	13.009	62
NORTE	314.704	2.266	189	11	1	201	2.065	91
Rondônia	24.383	176	0	0	0	0	176	100
Acre	17.686	127	0	0	0	0	127	100
Amazonas	72.763	524	9	1	0	10	514	98
Roraima	10.058	72	0	0	0	0	72	100
Pará	150.619	1.084	150	10	1	161	923	85
Amapá	14.936	108	16	0	0	16	92	85
Tocantins	24.259	175	14	0	0	14	161	92
NORDESTE	882.585	6.355	1427	106	7	1.540	4.815	76
Maranhão	125.545	904	120	2	1	123	781	86
Piauí	52.570	379	109	1	1	111	268	71
Ceará	133.390	960	413	37	2	452	508	53
RGN	49.537	357	121	5	1	127	230	65
Paraíba	60.885	438	72	1	0	73	365	83
Pernambuco	145.038	1.044	326	36	2	364	680	65
Alagoas	58.051	418	26	1	0	27	391	94
Sergipe	36.621	264	17	2	0	19	245	93
Bahia	220.948	1.591	223	22	1	246	1.345	85
SUDESTE	1.127.424	8.117	2838	840	14	3.692	4.425	55
Minas Gerais	258.676	1.862	692	115	3	810	1.052	56
Espírito Santo	51.648	372	62	6	0	68	304	82
Rio de Janeiro	215.724	1.553	160	44	1	205	1.348	87
São Paulo	601.376	4.330	1924	675	9	2.608	1.722	40
SUL	371.314	2.673	1506	203	7	1.716	957	36
Paraná	150.947	1.087	822	113	4	939	148	14
Santa Catarina	85.179	613	120	5	1	126	487	80
RGS	135.188	973	564	85	3	652	321	33
C-OESTE	221.405	1.594	741	104	3	848	746	47
Mato Grosso	48.988	353	21	2	0	23	330	94
MG do Sul	41.213	297	141	17	0	158	139	47
Goiás	87.036	627	360	33	2	395	232	37
Distrito Federal	44.168	318	219	52	1	272	46	14

* Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2008 e População - IBGE/Datasus/2008

**SAS/MS 2010

4.3.3 Evolução da frequência e Investimentos em Cirurgias Valvares no Brasil

A frequência de procedimentos cirúrgicos para tratamento das doenças valvares no Brasil entre 2001 e 2008 variou de 11.558 a 12.662, sendo a média $M=11.956 \pm 391,8$ procedimentos (Tabela 9). Já o percentual de variação média por ano foi de 1% (Gráfico 12).

Tabela 9 – Evolução da frequência e investimentos nas cirurgias de valvares no Brasil, entre os anos de 2001 e 2008

Ano	Frequência	Investimento
2001	11.652	82.015.498,38
2002	11.665	87.606.660,61
2003	11.682	96.187.668,00
2004	11.558	96.762.060,64
2005	11.987	102.792.226,21
2006	12.662	109.224.587,00
2007	12.330	113.989.284,45
2008	12.113	125.071.964,65
Média	11.956	101.706.243,74

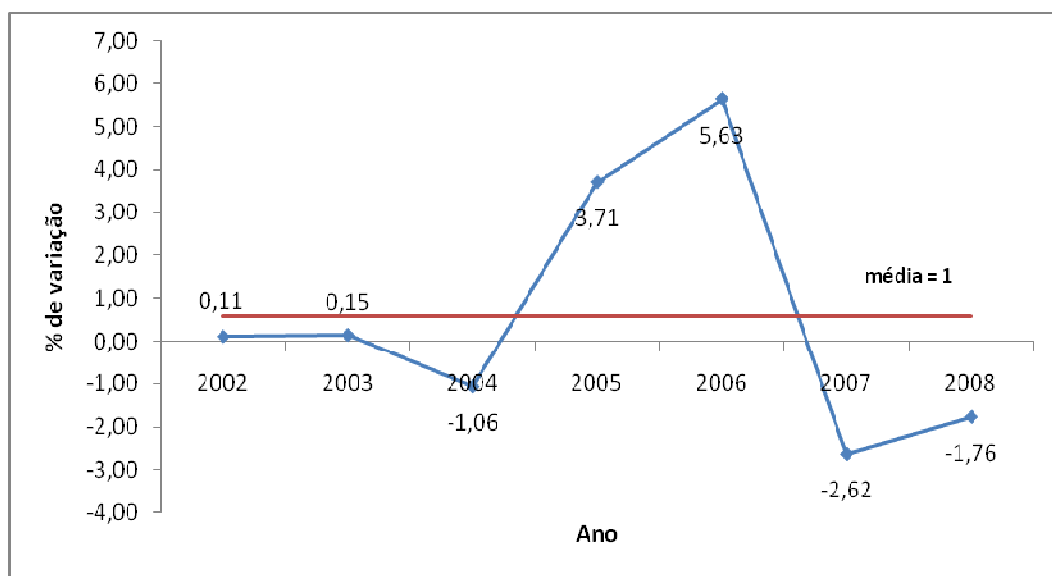


Gráfico 12 – Percentual de variação da frequência de cirurgias valvares, de 2001 a 2008

Conforme se constata ainda na Tabela 9, os investimentos em procedimentos para tratamento das doenças valvares no Brasil entre 2001 e 2008 variaram de R\$ 82.015.498,38 a R\$ 125.071.964,65, com média $M=101.706.243,74 \pm 14.121.706,53$. O percentual de variação médio por ano foi de 6,25% (Gráfico 13).

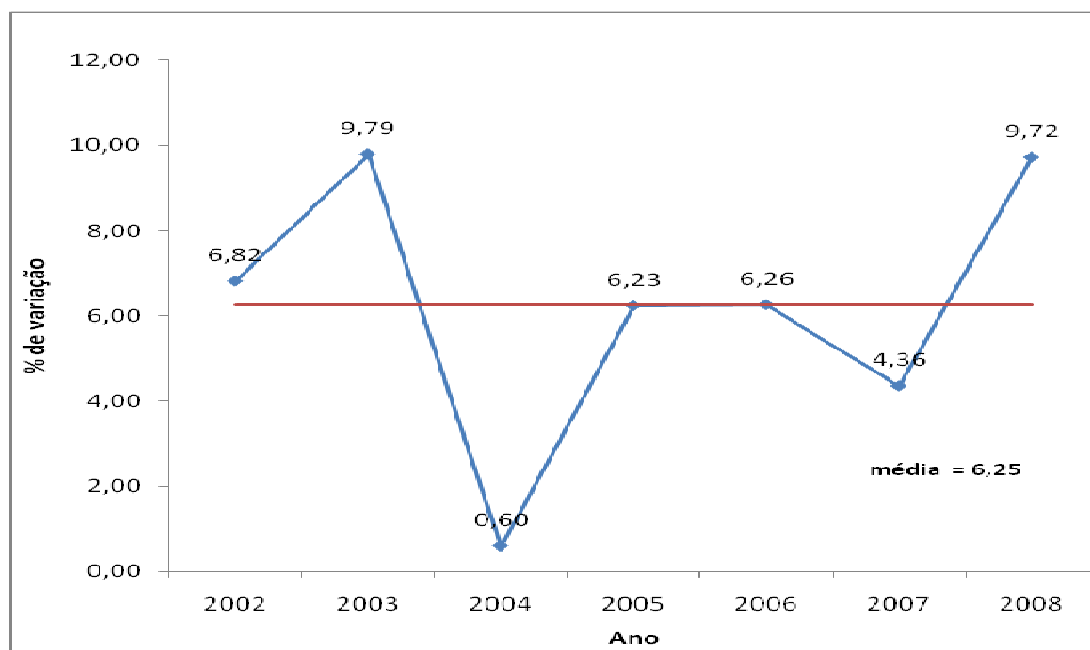


Gráfico 13 – Percentual de variação de investimento de cirurgias valvares, no período de 2001 a 2008

No Grupo I, entre 2001 e 2004, a frequência média de procedimentos em cirurgias valvares foi de 11.639 ± 56 e o investimento médio foi de R\$ $90.642.971,91 \pm 7.114.290,49$. No Grupo II, entre 2005 e 2008, a frequência média de procedimentos foi de 12.273 ± 296 e o investimento médio foi de R\$ $112.769.515,58 \pm 9.397.710,91$. Na comparação entre os dois grupos, fica constatado que houve significativo crescimento em frequência e investimentos (<0.05).

O Grupo II, que compreende o período pós-implantação da política que estamos avaliando teve como variação na frequência de procedimentos: 11.987 em 2005 pico de 12.662 em 2006 e tendência de declínio em 2007 e 2008, da ordem de 12.330 e 12.113 procedimentos, respectivamente. O percentual de variação médio por ano foi de 1,24% (Gráfico 14).

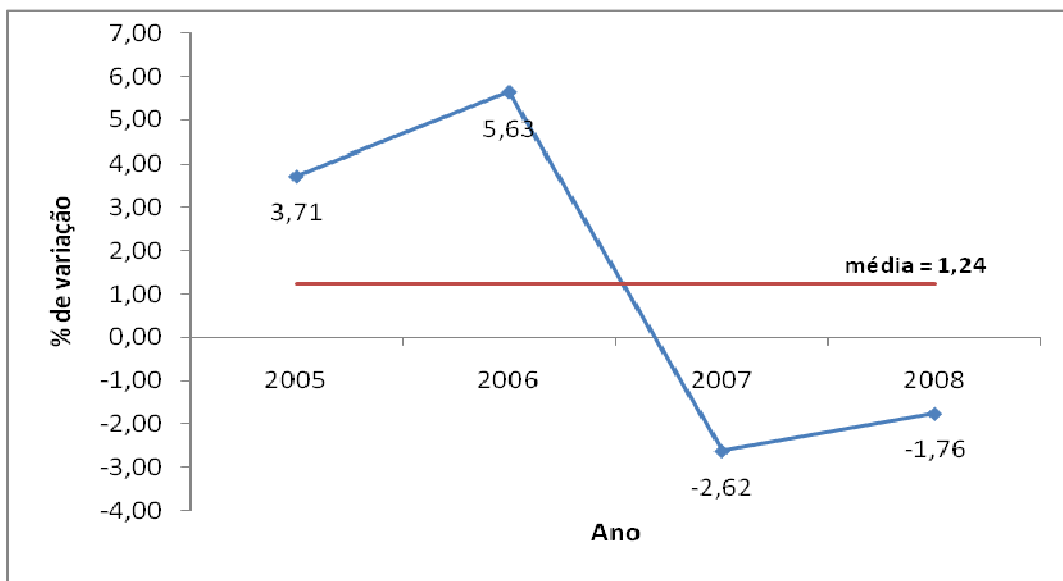


Gráfico 14 – Percentual de variação da frequência de procedimentos cirúrgicos em valvares, de 2005 a 2008

No mesmo período (2005 a 2008), os investimentos variaram de R\$ 102.792.226,21 para R\$ 125.071.964,65, um percentual de variação médio por ano de 6,64% (Gráfico 15).

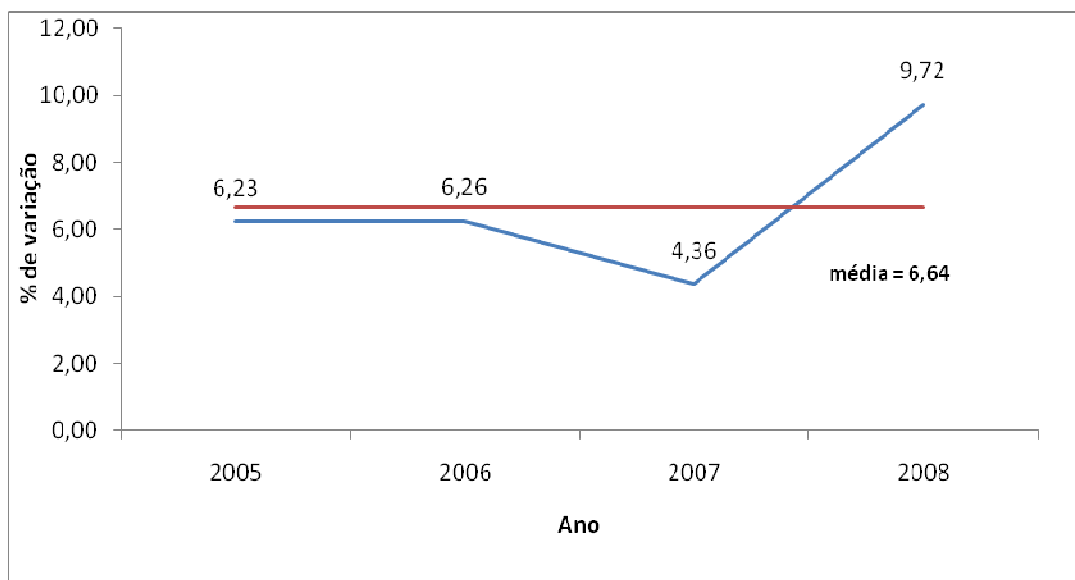


Gráfico 15 – Percentual de variação de investimento em cirurgias de valvares, no período de 2005 a 2008

Os procedimentos cirúrgicos realizados em 2008 para correção de doenças valvares, segundo a faixa etária, Tabela 10, ficaram assim distribuídos: 0,8% na faixa etária até 11 anos, 2,6% na faixa de até a 17 anos, 22,6% na faixa de 18 a 39 anos e 74% acima de 40 anos.

Tabela 10 – Distribuição das cirurgias valvares, por faixa etária e região, em 2008

Faixa etária	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Brasil	%
0 - 11 anos	5	25	53	17	1	101	0,8
12 - 17 anos	35	121	106	32	18	312	2,6
18 - 39 anos	139	820	1.103	429	244	2.735	22,6
40 anos ou +	243	1.303	4.161	2.618	640	8.965	74,0
Total	422	2.269	5.423	3.096	903	12.113	100,0

Fonte: MS/SAS/DATASUS 2010

As cirurgias valvares para a faixa de zero a 11 anos foram mais prevalentes nas regiões Nordeste e Sudeste, representando, respectivamente, 25% e 52% do total de intervenções para esta faixa etária. Na faixa de 12 a 17 anos, também as regiões Nordeste e Sudeste apresentam maior prevalência de procedimentos, com 39 e 34%, respectivamente (Gráfico 16).

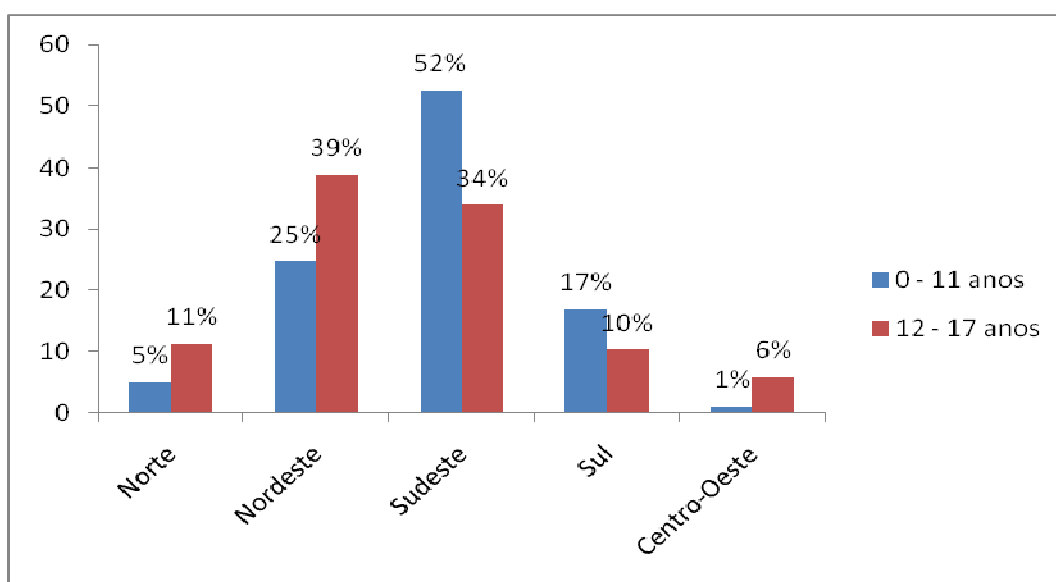


Gráfico 16 – Distribuição percentual de cirurgias valvares na faixa etária de 0 a 11 anos e entre 12 e 17 anos, conforme as regiões, em 2008

Em relação aos procedimentos cirúrgicos para correção de problemas valvares realizados nos pacientes de 18 a 39 anos, a prevalência maior foi na região Sudeste(40%), seguida da região Nordeste(30%) e Sul(16%). Na faixa acima de 40 anos, as maiores prevalências foram nas regiões Sudeste(46%), Sul(29%) e Nordeste(15%) (Gráfico 17).

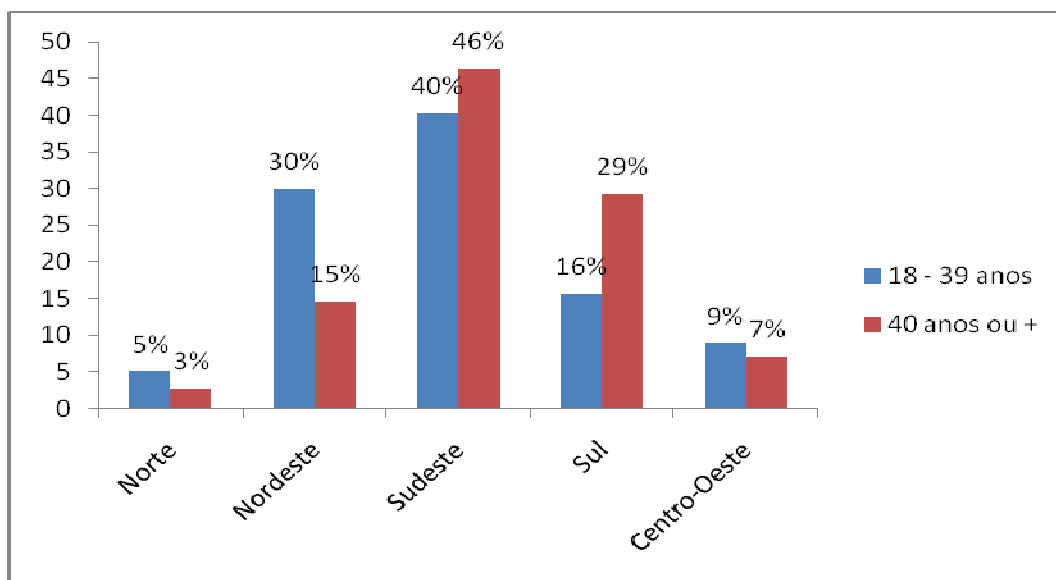


Gráfico 17 – Distribuição percentual de procedimento de cirurgias valvares na faixa etária entre 18 e 39 anos e acima de 18 anos

Diferente do tratamento das cardiopatias congênitas, a participação do Nordeste no tratamento das doenças valvares é notadamente superior a outras regiões nos adolescentes, ficando em segundo lugar no tratamento dos valvulares de crianças e adultos jovens, 18 a 39 anos. Para os pacientes acima de 40 anos, as regiões Sudeste e Sul ocupam o primeiro e segundo lugares. Pode-se inferir, portanto, que a presença de febre reumática tem papel fundamental neste desempenho pela incidência maior nesta região; entretanto nos adultos acima de 40 anos, onde a doença degenerativa valvar é mais incidente, as regiões Sudeste e Sul passam a ter destaque percentual no tratamento dos valvares no Brasil.

4.3.3.1 Cirurgia das Cardiopatias Valvares no Grupo Pediátrico

A frequência de procedimentos em operações para cardiopatias valvares no Brasil no grupo pediátrico após a implantação, período que compreende de 2005 a 2008, apresenta um comportamento similar aos do tratamento das cardiopatias congênitas. Há um aumento do

número de procedimentos com pico em 2006 e uma tendência a queda nos anos subsequentes (Gráfico 18).

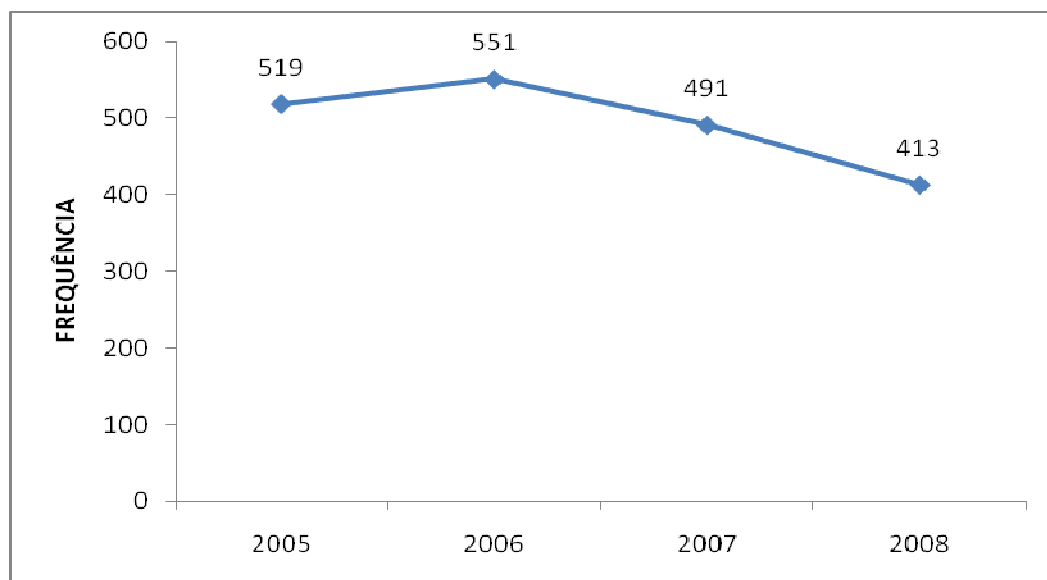


Gráfico 18 – Frequência de procedimentos em operações valvares cardíacas no Brasil entre os anos de 2005 e 2008, para o grupo pediátrico (0 – 17 anos)

O mesmo padrão de comportamento assume o investimento para a faixa etária, tendo aumento com pico em 2006 e tendência a queda nos anos de 2007 e 2008. No gráfico seguinte, constata-se, entretanto, que este comportamento é dispar em comparação com os investimentos na área de operações para cardiopatias valvares em geral, que assume uma tendência de aumento dos investimento depois da implantação da política (Gráfico 19).

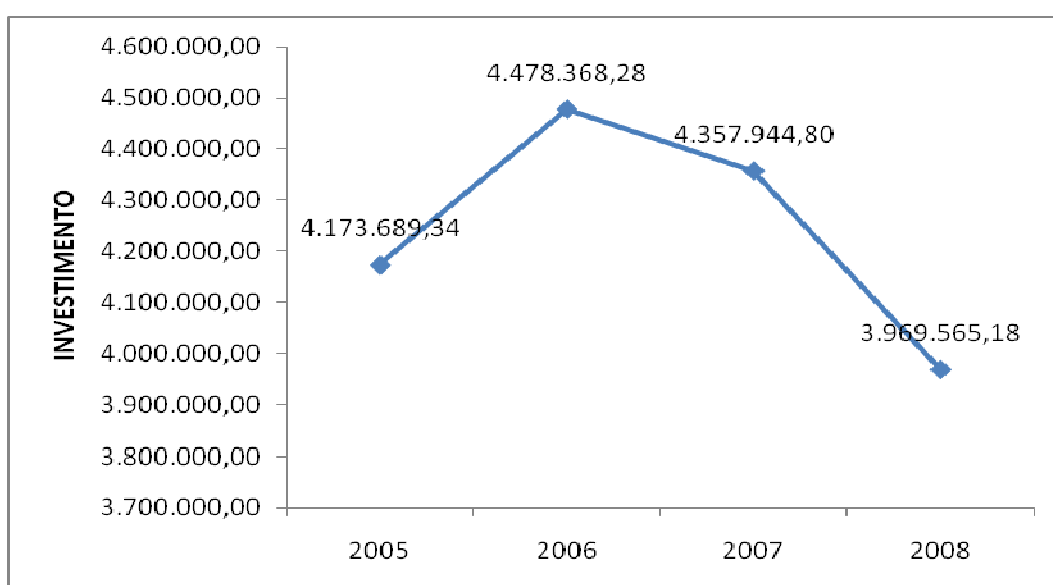


Gráfico 19 – Investimentos em procedimentos em operações valvares cardíacas no Brasil entre os anos de 2005 e 2008, para o grupo pediátrico (0 – 17 anos)

Quando analisados os investimentos por procedimento, encontrou-se uma tendência de aumento (Gráfico 20), acarretado pela diminuição da frequência de procedimentos.

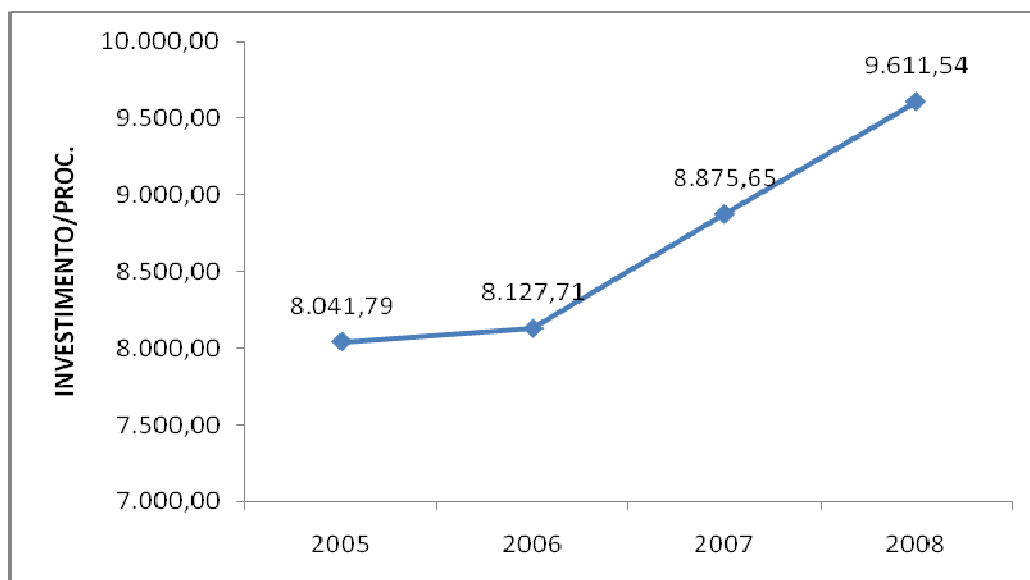


Gráfico 20 – Investimentos por procedimentos em operações valvares cardíacas no Brasil entre os anos de 2005 e 2008, para o grupo pediátrico (0 – 17 anos)

Em suma, há nítida involução no tratamento das valvulopatias no grupo pediátrico que merece aprofundamento de análise com objetivo de diagnosticar possíveis causas para este fenômeno, haja vista que a doença mais prevalente valvar para esta faixa etária é a cardiite reumática crônica e que, por intervenções de prevenção, pode ter apresentado diminuição; ou então, onde é mais provável, já que não houve nenhuma implementação de política de caráter preventivo nesta área, ter havido desinteresse no tratamento cirúrgico desta doença por falta de investimentos adequados, o que aconteceu para a mesma faixa etária no grupo das cardiopatias congênitas, como demonstrado anteriormente.

4.4 Cirurgia das Cardiopatias Congênitas e Indicadores Socioeconômicos

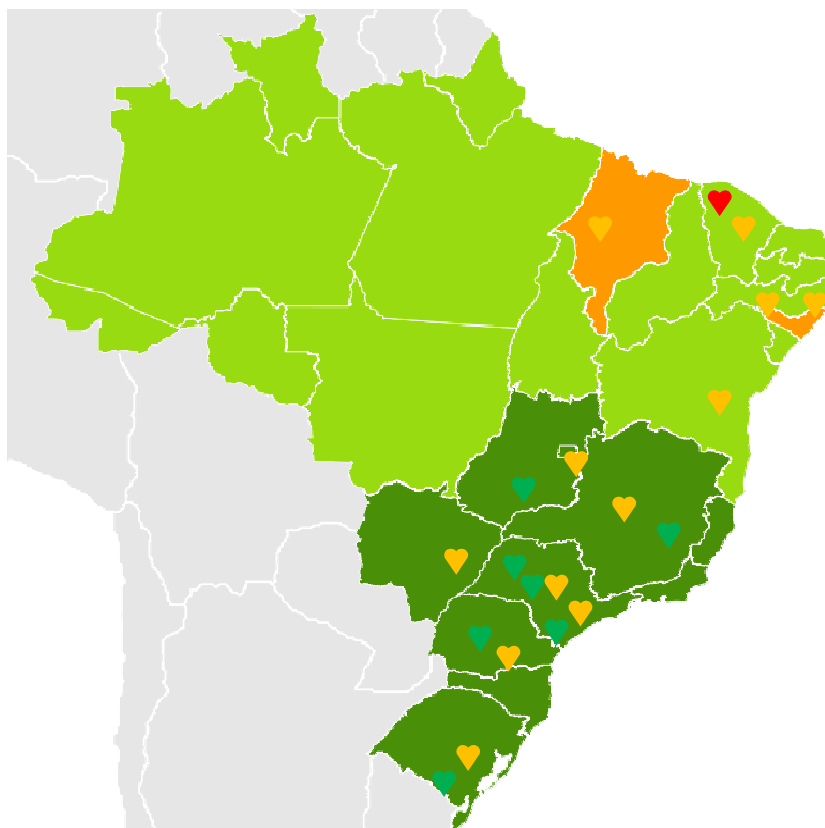
Correlacionar os indicadores socioeconômicos de cada unidade federada com seus respectivos deficits de procedimentos em cirurgia cardiovascular de congênitos teve o propósito de trazer à superfície a estreita ligação entre desenvolvimento econômico e social e os índices de exclusão no tratamento cirúrgico do grupo de doenças cardíacas congênitas. Esta premissa tem como suporte o fato de as CC interferirem de maneira expressiva na mortalidade infantil, tendo representado em 2007, 6% dos óbitos infantis em menores de um ano, 4,7%

dos óbitos em menores de 30 dias, 3,7% dos óbitos em menores de sete dias e 3% dos óbitos entre 30 dias e menores de um ano.

Para fazer a correlação, foram empregados o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e alguns dos principais indicadores que compõem a base para seu cálculo. O objetivo do Índice de Desenvolvimento Humano é oferecer contraposição a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver" (PNUD, 2005a).

Além de computar o PIB *per capita*, depois de corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB *per capita*, em dólar PPC (paridade do poder de compra), que elimina as diferenças de custo de vida entre os países. Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um (PNUD, 2005a).

As regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste onde estão as unidades federadas com IDH elevado, igual ou maior de 0,800, detêm 15 das 20 maiores instituições hospitalares em frequência de procedimentos, além de sediar todas as que operam mais de 200 procedimentos/ano. Portanto, ocorre adensamento similar, nas mesmas regiões, pois as de maior IDH são também as que contam com as instituições de maior porte. Mato Grosso com IDH de 0,796, abaixo da média regional, não tem unidades habilitadas com frequência significativa de procedimentos. Já unidades federadas como Rio de Janeiro (IDH – 0,832), Espírito Santo (IDH – 0,802) e Santa Catarina (IDH – 0,840), com índices superiores à média nacional, que é de 0,800, não têm instituições com frequência significativa de procedimentos cirúrgicos no período analisado. Nos estados com IDH médio-alto (0,700 – 0,799), foram encontradas instituições com frequência expressiva de procedimentos (20 maiores) em Pernambuco, Ceará e Bahia. Maranhão com IDH 0,683, médio-baixo, participa das 20 maiores em frequência de procedimentos com uma unidade habilitada. A região Norte não apresenta unidade habilitada com estas características (Figura 7) (PNUD, 2005b).



Legenda:

■	0,800 – 0,900 (Elevado)
■	0,700 - 0,799 (Médio-alto)
■	0,600 - 0,699 (Médio-baixo)

♥	Acima de 200	7
♥	Entre 100 e 200	12
♥	Abaixo de 100	1

Figura 7 – Distribuição das 20 maiores instituições hospitalares que operam pacientes com cardiopatias congênitas, de todas as faixas etárias, em comparação com o IDH 2005 nas várias regiões brasileiras

Em relação à faixa etária entre um mês e menos de um ano a distribuição das 20 maiores instituições segue o mesmo padrão anterior na correlação com o IDH, havendo apenas a incorporação do Pará e a saída do Maranhão. Vale salientar que as instituições hospitalares com frequência de procedimentos/ano, 20 maiores que tratam neonatos com cardiopatias congênitas, estão localizadas principalmente nas regiões de IDH elevado, maior ou igual a 0,800. São exceções neste caso o Ceará e a Bahia, com IDHs 0,723 e 0,742, respectivamente, e que apresentaram frequência de procedimentos cirurgicos abaixo de 20/ano.

Regiões onde os deficits de procedimentos revelaram-se mais críticos, Norte (91%) e Nordeste (76%) são também as que apresentaram em 2008 o PIB *per capita* menor, IDHs abaixo da média nacional e mortalidade infantil (MI) acima da média nacional (23,58%). Para esta convergência, foram exceções, dois estados com MI abaixo da média nacional, Rondônia (MI – 23%) e Roraima (MI – 18,6%), mas que não realizam cirurgia cardiovascular pediátrica, apresentando, portanto, deficit de 100%, conforme já apresentado.

Ao se associar o deficit de procedimentos a participações de cada estado/região no PIB nacional, encontrou-se o mesmo comportamento do PIB *per capita*, ou seja, as regiões com menores participações são as que detêm os maiores deficits de cirurgia. Uma exceção positiva a esse padrão está representada pelo Ceará que, com PIB *per capita* de 42,5% da média nacional e IDH de 0,723, 22º do *ranking* nacional, apresentou deficit cirúrgico de 53%, menor do que a média nacional, que foi de 62%. Por outro lado, estados do Sudeste, como o Rio de Janeiro (IDH – 0,832) e Espírito Santo (IDH – 0,802), e do Sul, como Santa Catarina (IDH – 0,840), que têm PIB *per capita* acima da média nacional, apresentam importantes deficits de procedimentos, 87%, 82% e 80%, respectivamente. Mato Grosso, integrante de região com participação significativa no PIB nacional, com PIB *per capita* um pouco acima da média nacional, que apresenta IDH de 0,796, abaixo dos outros estados que compõem a região Centro-Oeste, apresenta deficit significativo(94%) de procedimentos cirúrgicos em cardiopatias congênitas (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação dos deficits de procedimentos em cirurgia cardíaca de congênitos das unidades federadas e regiões e IDH, mortalidade infantil, participação % no PIB e PIB *per capita*

Região	Deficit de procedimentos %	PIB per capita R\$ 2007***	Participação % das regiões no PIB***	Mortalidade Infantil % 2008**	IDH 2005*
BRASIL	62	14.465	100	23,59	0,800
NORTE	91		5,0	24,2	
Rondônia	100	10.320		23,0	0,776
Acre	100	8.789		29,8	0,751
Amazonas	98	13.043		25,1	0,780
Roraima	100	10.534		18,6	0,750
Pará	85	7.007		23,7	0,755
Amapá	85	10.254		23,2	0,780
Tocantins	92	8.921		26,4	0,756
NORDESTE	76		13,1	34,4	
Maranhão	86	5.165		37,9	0,683
Piauí	71	4.662		27,2	0,703
Ceará	53	6.149		28,6	0,723

RGN	65	7.607		33,5	0,738
Paraíba	83	6.097		36,5	0,718
Pernambuco	65	7.337		37,1	0,718
Alagoas	94	5.858		48,2	0,677
Sergipe	93	8.712		32,6	0,742
Bahia	85	7.787		32,4	0,742
SUDESTE	55		56,4	17,1	
Minas Gerais	56	12.519		19,7	0,800
Espírito Santo	82	18.003		18,3	0,802
Rio de Janeiro	87	19.245		18,9	0,832
São Paulo	40	22.667		15,0	0,833
SUL	36		16,6	15,6	
Paraná	14	15.711		17,9	0,820
Santa Catarina	80	17.834		15,5	0,840
RGS	33	16.689		13,1	0,832
C-OESTE	47		8,9	18,3	
Mato Grosso	94	14.954		19,8	0,796
MG do Sul	47	12.411		17,4	0,802
Goiás	37	11.548		18,9	0,800
Distrito Federal	14	40.696		16,3	0,874

Fonte: * PNUD, *** IBGE 2007, ** IBGE

Em suma, unidades federadas com melhores Índices de Desenvolvimento Humano IDH, com menor taxa de mortalidade infantil, com melhor distribuição do PIB e localizadas em regiões com maior participação no PIB nacional apresentaram os menores deficits de procedimentos, observando-se as exceções referidas há pouco.

4.5 Análise da Política com Foco em Indicadores de Performance

Além da análise de eficácia, eficiência e efetividade, entende-se ser importante o monitoramento das regiões no que se refere à distribuição de serviços, produção e resolubilidade. Com a aplicação desses indicadores, propostos por este estudo, é possível acompanhar o comportamento das instituições nas várias regiões, podendo-se, a médio prazo, por análise dos dados, estabelecer padrões brasileiros de distribuição de serviços e resolubilidade.

Serão descritos em seguida o Índice de Distribuição de Serviços por População (IDSp), Índice de Distribuição de Serviços por Nascidos (IDSn), Índice de Produção em Cirurgia de Congênitos (IPCC) e Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos IRCC.

4.5.1 Índice de Distribuição de Serviços por População

Índice de Distribuição de Serviços por População (IDSp), calculado por meio da proporção das unidades habilitadas e a população, multiplicado pela parametrização de um serviço para cada 800.000 habitantes. Objetiva analisar o grau de distribuição dos serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica em relação à população. É o índice de melhor aplicação para cardiopatias adquiridas do grupo pediátrico ou adulto, por não levar em consideração o número de nascimentos.

$$\text{IDSp} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de unidades habilitadas}}{\text{população}} \times 800.000$$

4.5.2 Índice de Distribuição de Serviços por Nascidos

Índice de Distribuição de Serviços por Nascidos (IDSn), calculado por meio da proporção entre as unidades habilitadas e o número de nascidos no ano, multiplicado pela parametrização de um serviço para cada 800.000 habitantes. Objetiva analisar o grau de distribuição dos serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica em relação ao número de nascimentos. Sua aplicação deve ser para a análise da distribuição de serviços para cardiopatias congênitas, a qual tem para o cálculo de sua estimativa o número de nascimentos. No caso de número de nascimentos que demonstra tendência de queda, é fundamental o acompanhamento do IDSn para que não se aumente sem a devida necessidade o número de instituições de saúde para atenção a esse grupo de pacientes. O índice servirá de base para o cálculo do Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos - IRCC.

$$\text{IDSn} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de unidades habilitadas}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos}} \times 800.000$$

4.5.3 Índice de Produção em Cirurgia de Congênitos

Índice de Produção em Cirurgia de Congênitos (IPCC), calculado pela proporção entre o número de cirurgias realizadas pelo SUS e a necessidade estabelecida. Tem o objetivo próximo ao do índice de eficácia, porém não considera para seu cálculo um recorte temporal para a análise. Demonstra o que foi realizado daquilo estabelecido como meta.

$$\text{IPCC} = \frac{\text{n}^\circ \text{ cirurgias realizadas}}{\text{necessidade estabelecida}}$$

4.5.4 Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos

Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos (IRCC), calculado pela proporção entre o IPCC e o IDSn, multiplicado por 1000. Reflete a capacidade de atendimento da demanda, levando-se em consideração a capacidade instalada de instituições.

$$\text{IRCC} = \frac{\text{IPCC} \times 1000}{\text{IDSn}}$$

O IDSn para o Brasil em 2008 foi de 18,1, sendo que a distribuição dos serviços nas diversas regiões foi: Sul(30,16), Nordeste(19,94), Centro-Oeste(18,07), Sudeste(16,32) e Norte(5,08) (Tabela 12). Portanto as melhores distribuições de serviços estão na região Sul e Nordeste e a pior no Norte.

Tabela 12 – Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos (IRCC), Índice de Distribuição de Serviços por nascimentos (IDSn) e Índice de Distribuição de Serviços por população (IDSp) em Cirurgia de Cardiopatias Congênitas no Brasil em 2008

Região	População*	Total (UH)**	IDSp	Nasc.*	IDSn	Estimativa	Nec. p/ SUS 83,8%	SUS**	IPC C	IRCC
Brasil	191.480.630	66	0,28	2.917.432	18,10	21.006	17.603	6701	0,38	21
Norte	15.359.608	2	0,10	314.704	5,08	2.266	1.899	189	0,10	20
Nordeste	53.591.197	22	0,33	882.585	19,94	6.355	5.325	1427	0,27	13
Sudeste	80.915.332	23	0,23	1.127.424	16,32	8.117	6.802	2838	0,42	26
Sul	27.719.118	14	0,40	371.314	30,16	2.673	2.240	1506	0,67	22
Centro-Oeste	13.895.375	5	0,29	221.405	18,07	1.594	1.336	741	0,55	31

Fonte: SAS/MS 2010**

*População estimada em 2009 IBGE

Legenda: UH = Unidades Habilitadas; IDSp = Índice de Distribuição de Serviços por População; IDSn = Índice de Distribuição de Serviços por nascimentos; IPCC = Índice de Produção em Cirurgia de Congênitos; IRCC = Índice de Resolubilidade em Cirurgia de Congênitos.

Na tabela 12, o Índice de Produção em Cirurgia de Congênitos (IPCC) para o Brasil foi de 0,38, observado-se para as regiões: Sul (0,67), Centro-Oeste (0,55), Sudeste (0,42), Nordeste (0,27) e Norte (0,10). Portanto, a despeito do elevado IPCC do Sul e do Sudeste, o IPCC do País é baixo em virtude do padrão pouco expressivo do Norte e Nordeste.

Em relação ao Índice de Distribuição de Serviços por Nascidos (IDSn), o valor para o Brasil foi 18,10 e conforme a região: Sul (30,16), Nordeste (19,94), Sudeste (16,32),

Centro-Oeste (18,07) e Norte (5,08). Os casos que chamam a atenção são as regiões Nordeste (IDS_n-19,94) e Centro-Oeste (IDS_n-18,07) que ocupam, respectivamente, segundo e terceiro lugar, com distribuição indicando que poderiam promover mais acesso da população aos procedimentos de que necessita. É importante ressaltar isso, porquanto o Nordeste, em termos de IPCC (0,27), teve produção superior apenas à região Norte e inferior à média nacional (0,38) (Tabela 12).

A região Centro-Oeste teve comportamento inverso ao da Nordeste, pois, em relação ao IDS_n (18,07), ficou em terceiro lugar. Já pelo IPCC (33,86), ocupou a segunda posição. A região Sudeste, em relação ao IDS_n (16,32), ocupou o quarto lugar; já em IPCC (0,55), ficou em terceiro. A região Norte apresentou índices de 5,08 e 0,10, respectivamente, para o IDS_n e IPCC, ocupando a quinta e última colocação. Entre todas as regiões, o melhor desempenho foi obtido pela região Sul para IDS_p (0,67), IDS_n (30,16) e IPCC (0,67), e ficando em terceiro lugar apenas em IRCC (22) (Tabela 12).

A análise desses índices revela que a pulverização de centros nas diversas regiões do País, por si, não é capaz de garantir o acesso da clientela ao tratamento das doenças cardíacas congênitas. Esta afirmação tem por base os resultados obtidos com o IRCC, o qual revelou o seguinte cenário: Centro-Oeste 31; Sudeste 26; Sul 22; Norte 20 e Nordeste 13. Vale lembrar que o IRCC reflete a capacidade de atendimento da demanda, levando-se em consideração a capacidade instalada das instituições.

4.5.5 Eficácia

A razão essencial do projeto é produzir mudanças em alguma parcela da realidade, solucionar um problema social ou prestar um serviço a um determinado subconjunto populacional. Operacionalmente, a eficácia é o grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período, independente dos custos implicados (COHEN, 1993).

Foram examinados os dados da política entre 2005 e 2008. Como o objetivo da política é dar cobertura a 28.680 portadores de cardiopatias congênitas e adquiridas do grupo pediátrico por ano, a variável tempo foi estabelecida como 4 anos, haja vista o não estabelecimento de tempo para alcançar os objetivos.

Acompanhando Hernández Orozco (1986) citado por Cohen (1993), empregou-se a seguinte notação: L= unidades de objetivos obtidos; M= unidades de objetivos

programados; T_r = tempo real para chegar ao resultado obtido; T_p = tempo planejado para alcançar o objetivo total; A = eficácia.

Os resultados foram interpretados como segue: se $A > 1$, o projeto é mais do que eficaz; se $A = 1$, o projeto é eficaz; se $A < 1$, o projeto é ineficaz.

Quando a formula os dados coletados, foram encontrados os seguintes resultados:

$L = 7.114$ (soma de procedimentos realizados em cirurgia de congênitos e de valvulares em pacientes abaixo de 18 anos durante os anos de 2005, 2006, 2007, 2008).

$M = 114.720$, (28.680 vezes 4 relacionados ao número de anos analisados) - (objetivo de procedimentos cirúrgicos estabelecidos pela política. Calculado pelo número de unidades a serem habilitadas para cirurgia cardiovascular pediátrica= 239, multiplicado pela produção mínima estabelecida pela portaria= 120 procedimentos/ano).

$$A = (L/T_r) / (M/T_p), \text{ donde } A = (30.769/4) / (114.720/4), \text{ portanto } A = 0,27$$

Como os cálculos realizados conduziram a $A < 1$, então, a política analisada é claramente ineficaz.

4.5.6 Eficiência

O conceito de eficiência pode ser considerado com origem duas perspectivas complementares: se a quantidade de produto está predeterminada, procura-se minimizar o custo total ou o meio que se requer para sua geração; se o gasto total está previamente fixado, procura-se otimizar a combinação de insumos para maximizar o produto. Este conceito é utilizado predominantemente na análise financeira e está associado à noção de ótimo. Ele se refere às quantidades físicas mínimas de recursos requeridos para produzir certa quantidade de produto, assumindo uma tecnologia constante. Quando é introduzido o custo dos insumos, se homogeneiza esta dimensão e se passa à consideração da eficiência (COHEN, 1993).

Retomando a análise anterior e recorrendo à mesma notação, devem ser considerar dois conceitos adicionais para definir formalmente eficiência. Tal como no cálculo da eficácia aqui também estabeleceu-se recorte temporal em quatro anos. Assim, tem-se: C_r = custo real; C_p = custo programado; B = eficiência.

Os resultados foram assim interpretados: se $B > 1$, a política é mais que eficiente; se $B = 1$, é eficiente; se $B < 1$, ela é ineficiente.

Ao aplicar-se à fórmula os dados foram coletados encontram-se:

$C_r = R\$ 1.519.553.834,96$ [custo real obtido pelo produto do objetivo programado para 4 anos (114.720 procedimentos) multiplicado pelo valor real do procedimento, com base no IPCA, calculado para os anos de 2005 a 2008, respectivamente, R\$ 12.363,09, R\$ 13.066,55, R\$ 13.476,84, R\$ 14.076,56;

$C_p = R\$ 946.228.154,54$ [custo programado obtido pelo produto do objetivo programado (28.680 procedimentos/ano) multiplicado pelo valor estabelecido para o ano de 2005 a 2008, respectivamente, (R\$ 7.660,75, R\$ 7.731,39, R\$ 8.328,28, R\$ 9.272,20); e

$B = (L / Tr \times Cr) / (M / Tp \times Cp)$, donde $B = (30.769 / 4 \times 1.519.553.834,96) / (114.720 / 4 \times 946.228.154,54)$, portanto $B = 0,17$.

Como se obtive $B < 1$, então a política avaliada é ineficiente.

4.5.7 Efetividade

Diz-se que a efetividade constitui a relação entre os resultados e o objetivo, ou seja: Efetividade = Resultados / objetivos

Em forma mais genérica, foi dito que “efetividade é um termo que se usa frequentemente para expressar o resultado concreto – ou as ações conducentes a esse resultado concreto – dos fins, objetivos e metas desejadas” (LÓPEZ 1985, citado por COHEN, 1993).

A efetividade tem duas dimensões em função dos fins perseguidos. É a medida do impacto ou o grau de alcance dos objetivos. A distinção entre as duas dimensões permite realizar a Análise de Custo-Efetividade (ACE). A ACE tem como finalidade determinar o grau de eficácia e eficiência relativo de variadas opções de um mesmo projeto ou de projetos diferentes que perseguem os mesmos objetivos (COHEN, 1993).

A análise mais ampla do indicador ACE implicaria determinar o grau de eficácia e eficiência. Como a política se mostrou ineficaz e ineficiente, o cálculo do custo efetividade tornou-se dispensável.

4.6 Perfil dos Cirurgiões Cardiovasculares

Foram aplicados questionários a 266 cirurgiões cardiovasculares, com amostra que cobriu todas as regiões com um erro de amostragem de 4,87 (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição da amostra de cirurgiões cardiovasculares, conforme a região

Regiões	Nº de cirurgiões^(*)	%
Sudeste	130	48,8
Nordeste	58	21,8
Sul	43	16,2
Centro-Oeste	25	9,4
Norte	10	3,8
Total	266	100

Nota: (*) Relacionado ao erro de amostragem de $e=4,87\%$

Os dados contidos nesta tabela são representativos das disparidades regionais do Brasil, aqui representadas pela grande concentração de cirurgiões cardiovasculares no Sudeste e sua carência no Centro-Oeste e no Norte.

Em relação à faixa, encontram-se 67,8% deles contando menos de 50 anos, sendo que o grupo de 30 a 39 anos foi bastante expressivo (36,4%). Portanto, os cirurgiões cardiovasculares do País são jovens, indicando o potencial para a busca de aperfeiçoamento e atualização para o uso da elevada tecnologia cirúrgica predominante na área.

O sexo masculino foi predominante, com 92,8%, confirmando achados sobre gênero de outras pesquisas realizadas com cirurgiões.

O estado civil de casado representou 78,2% da amostra, seguido de solteiro (12%), divorciado (4,1%), desquitado (3,4%) e viúvo (0,8%). Em 1,5% dos questionários esta informação não foi anotada pelos sujeitos.

Entre os que responderam aos questionários, há 85,7% filiados à SBCCV². Encontrou-se percentual significativo (38,7%) de cirurgiões com título de especialista na área, seguida de titulares, com 25,4%, associado 19,3%, aspirante 16,2%, não informado 0,9%².

Para 59,8% dos sujeitos que responderam aos questionários, a formação em cirurgia cardiovascular se deu em instituição reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), 34,2% em instituições referendadas pela SBCCV com formação em nível de especialização ou aperfeiçoamento, 3,4% em instituições sem reconhecimento da SBCCV e 2,6% não forneceram essa informação.

Mais da metade dos cirurgiões que compuseram a amostra, (56%), não passou por treinamento em cirurgia cardiovascular pediátrica durante a formação em cirurgia cardiovascular. Este dado reflete a fragilidade dos programas de residência e aperfeiçoamento

² Titulação da SBCCV: aspirante, associado, associado com título de especialista, titular.

em cirurgia cardiovascular no País, que não disponibilizam aos cirurgiões em formação contato com a cirurgia cardíaca de congênitos e assim dificultando o ingresso no mercado de trabalho de profissionais com os conhecimentos mínimos na área. 44% dos entrevistados possuem pós-graduação acadêmica. No patamar de mestrado, doutorado ou docência livre, com 19,2%, 18% e 6,8%, respectivamente.

Em sua, a maioria, os sujeitos que compuseram a amostra (68,4%) trabalham exclusivamente com cirurgia cardiovascular. Os demais apontaram como motivos para a não-dedicação exclusiva à especialidade: remuneração insuficiente (56,0%), possuir outra especialidade ou profissão (65,5%) e não preenchimento de todo o tempo disponível apenas com CCV(22,6%) (Gráfico 21).

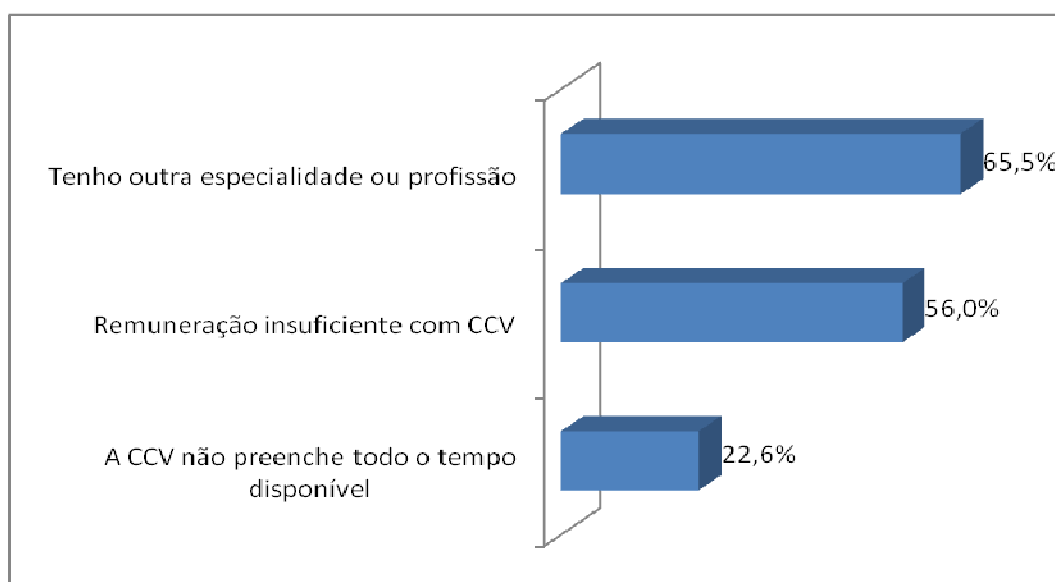


Gráfico 21 – Motivos por que não trabalham exclusivamente com CCV

Nota: (1) Relacionado a N= 84 correspondente aos que não trabalham exclusivamente com CCV

Ao serem solicitados a assinalar as subáreas de maior interesse no âmbito da cirurgia cardiovascular, os sujeitos assinalaram: coronárias (71,1%), valvas (60,9%), cirurgia das cardiopatias congênitas (50,4%), doenças da aorta (48,1%), marcapasso (35,7%), cirurgia da insuficiência cardíaca (30,5%), cirurgia vídeoassistida(18,0%), entre outras (Gráfico 22). Evidencia-se aqui uma preferência dos cirurgiões cardiovasculares brasileiros por procedimentos para tratamento das coronariopatias e valvopatias, atitude explicada no discurso de um dos entrevistados:

“A cirurgia de válvula e a cirurgia de coronária, primeiro era mais freqüente, segundo era mais fácil. Então os cirurgiões se ocupavam daquilo e estava resolvido o problema. Viraram cirurgiões de adultos. A cirurgia de congênito, ela exigia muito, porque precisava conhecer embriologia, conhecer patologia [...] e é um número menor de casos. E a grande maioria é em pessoas que não têm recursos. Então ela não era atrativa, mas os cirurgiões que permaneceram trabalhando com congênitos, acho que eles têm maior satisfação do que os cirurgiões que trabalham com adultos”(CC5).

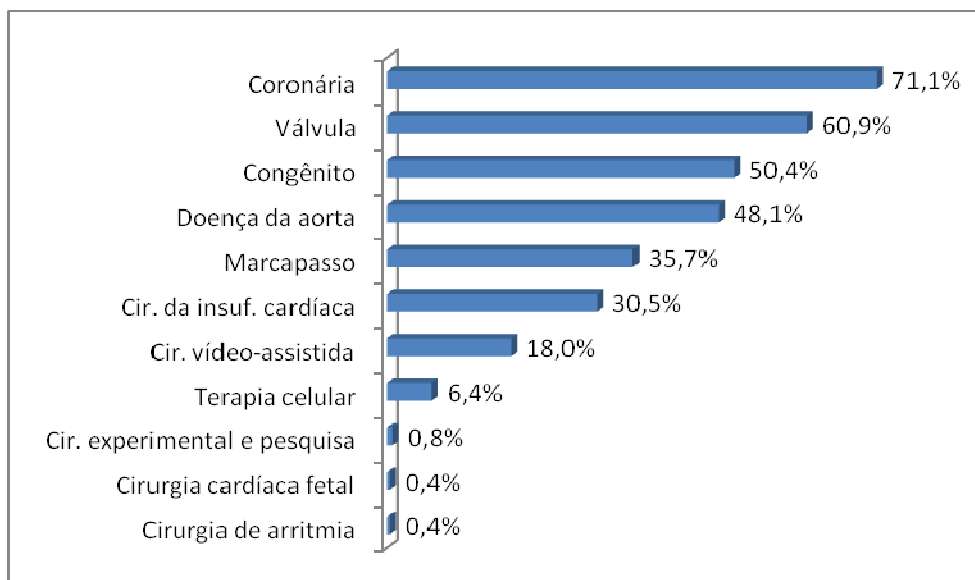


Gráfico 22 – Área de interesse dos cirurgiões cardiovasculares

Nota: (1) Relacionado aos 266 sujeitos que responderam os questionários

De acordo com os dados contidos no Gráfico 23, 54,5% dos cirurgiões trabalham com cirurgia cardiovascular pediátrica, sendo que, destes, apenas 5,6% se dedicam exclusivamente a esta subespecialidade.

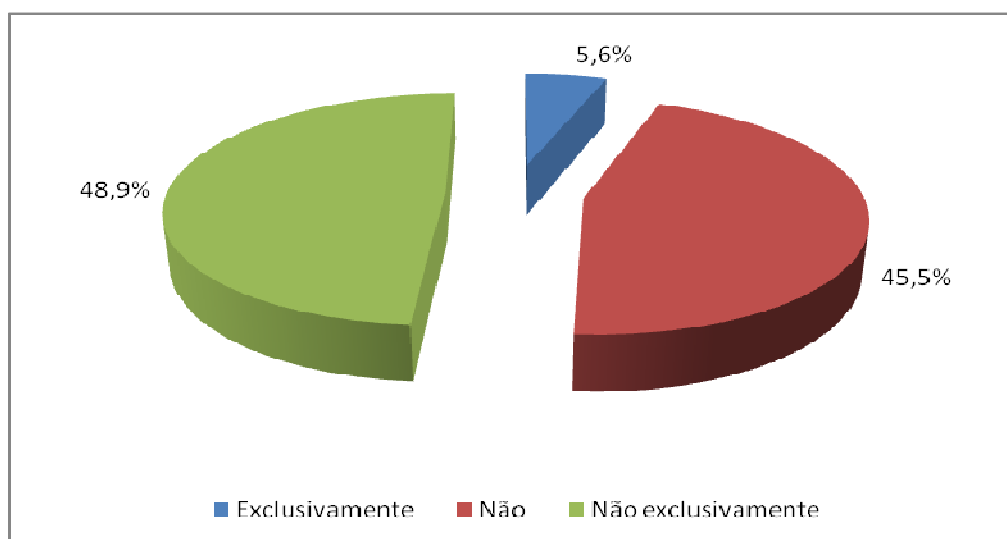


Gráfico 23 – Percentual de cirurgiões que exercem a cirurgia cardiovascular pediátrica

Alguns dos entrevistados associaram a demanda reprimida com a escassez de profissionais qualificados para a especialidade. Há também, além do deficit de profissionais, uma distribuição heterogênea.

“Faltam interesse e envolvimento da comunidade de cirurgia cardiovascular nessa especialidade. Nem sempre toda a nossa comunidade compreende, por exemplo, que existe uma defasagem de cirurgiões nessa especialidade, e que perto de 8% das crianças que nascem tem cardiopatia congênita cirúrgica e não estão sendo operadas. Existe, portanto, uma demanda reprimida que poderia condicionar o aparecimento de novos centros” (CC3).

“Está faltando 95% de profissionais e de serviços e há uma distribuição extremamente heterogênea” (CC1).

Segundo outro entrevistado, outro fator que pesa negativamente é a falta de ressarcimento condizente com o investimento, tanto em pessoal quanto em estrutura, que as instituições devem realizar:

“A adequação de valores é muito importante, para que o hospital se sinta valorizado, não se sinta prejudicado, para que possa sustentar o seu programa. Senão ele vai suspender o programa, como vem acontecendo com muitos hospitais” (CC2).

Assim, o ressarcimento financeiro proporcional ao desprendimento pessoal, investimento de tempo e dinheiro e comprometimento profissional é um atrativo para jovens médicos somarem-se aos quadros hoje insuficientes. Seriam, então, papel de uma política de estado o incentivo na formação profissional e a reestruturação de serviços capazes de atender as demandas regionais.

4.6.1 Perfil dos Cirurgiões Cardiovasculares Pediátricos

Como 85,7% dos 266 cirurgiões cardiovasculares que responderam os questionários são sócios da SBCCV, estima-se para o Brasil um total de 908 cirurgiões cardiovasculares, distribuídos nas regiões, como demonstrado no quadro seguinte. Como 54,5% dizem atuar na área da cirurgia cardiovascular pediátrica, estima-se que no Brasil existam 495 cirurgiões que realizam cirurgias em crianças e adolescentes. A proporção de cirurgiões por milhão de habitantes no Brasil é de 2,6, sendo a melhor distribuição encontrada no Sudeste (3,4), seguida do Sul e Centro-Oeste (3,1). As regiões Norte e Nordeste apresentam as piores distribuições, com 1,2 e 1,3 cirurgião por milhão de habitantes, respectivamente. Como apenas 57% desses cirurgiões realizam, quando indicados, todo tipo de operação, paliativas ou corretivas, independentemente de idade ou peso, estimam-se para o Brasil 282 cirurgiões que se dizem habilitados a realizar todos os procedimentos em

cardiopatias congênitas, sendo a falta de treinamento em cirurgia de congênitos a causa apontada por 71% daqueles que não praticam a especialidade na sua plenitude (Tabela 14).

Tabela 14 – Estimativa de cirurgiões que atuam em cirurgia cardiovascular pediátrica-CCVPed

Região	População*	Nº Cirurgiões SBCCV (85,7%)	**Brasil	**CCVPed (54,5%)	Nº Cirurgiões CCVPed/milhão/hab
Brasil	191.480.630	778	908	495	2,6
Norte	15.359.608	30	35	19	1,2
Nordeste	53.591.197	107	125	68	1,3
Sudeste	80.915.332	437	510	278	3,4
Sul	27.719.118	136	159	87	3,1
Centro-Oeste	13.895.375	68	79	43	3,1

*População estimada em 2009 IBGE; **Estimativa de cirurgiões

O sexo masculino também foi predominante nos cirurgiões cardiovasculares pediátricos (91,0%). O estado civil predominante foi casado (80,0%), seguido de solteiros (11,7%), divorciados (4,1%), desquitados (0,7%), havendo 1,4 que não informou. Entre eles 67,6% tinham menos de 50 anos de idade e 28,2% tinham 50 anos ou mais. Portanto, em linhas gerais, o perfil deste grupo é semelhante ao dos cirurgiões cardiovasculares, conforme referido anteriormente.

Filiados à SBCCV são 88,3%, dos que informaram o tipo de filiação, 128 participantes, 38,3% são associados com título de especialista, 28,9% titulares, 18% aspirantes e 14,8% associados (Gráfico 24).

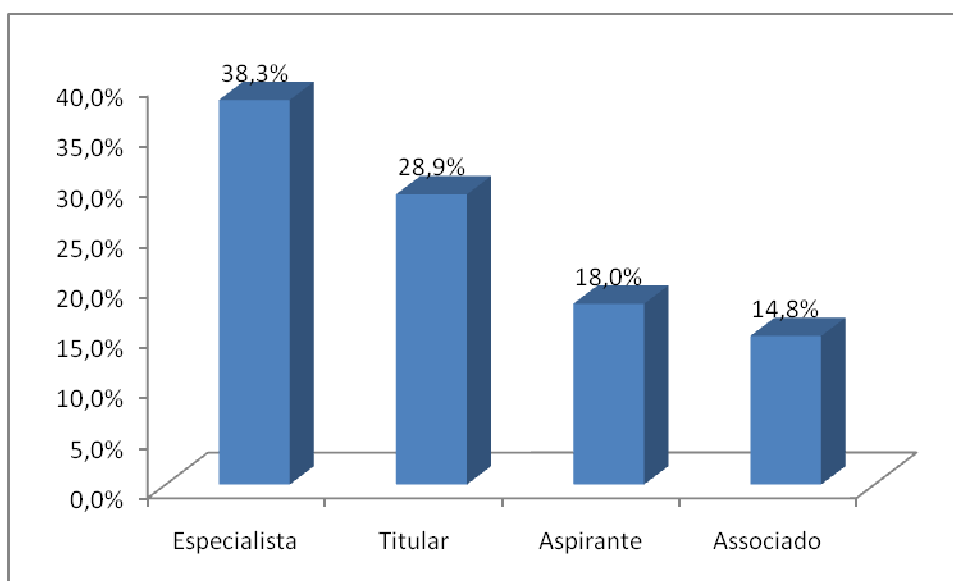


Gráfico 24 – Tipo de filiação à SBCCV dos cirurgiões que trabalham com CCVPed (n=128)

4.6.2 Formação Profissional e Área de Atuação dos Cirurgiões Cardiovasculares Pediátricos

Para 67,6% dos sujeitos, o treinamento em cirurgia cardiovascular foi realizado em Residência/MEC, em 26,9% foram treinados em instituições reconhecidas pela SBCCV e 5,5% em instituições sem esse reconhecimento.

Entre os 145 cirurgiões cardiovasculares que responderam aos questionários, 57,2% fizeram treinamento específico em cirurgia cardiovascular pediátrica. (Gráfico 25). Quanto à titulação acadêmica, 20,7% tinham doutorado, 16,6% tinham mestrado e 9,7% tinham docência livre.

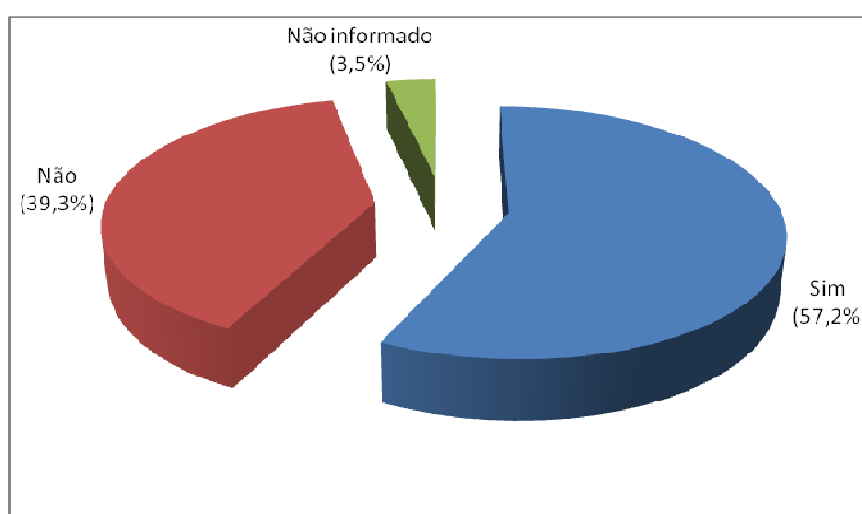


Gráfico 25 – Percentual de cirurgiões com treinamento em CCVPed (n=145)

A dedicação exclusiva à cirurgia cardiovascular foi referida por 71,7% dos 145 sujeitos (Gráfico 26). Entre os demais, os motivos mais referidos para não exclusividade à subespecialidade foram: remuneração insuficiente (58,5%), ter outra especialidade ou profissão (61,0%) e a cirurgia cardiovascular não preencher todo o tempo disponível (12,2%) (Gráfico 27).

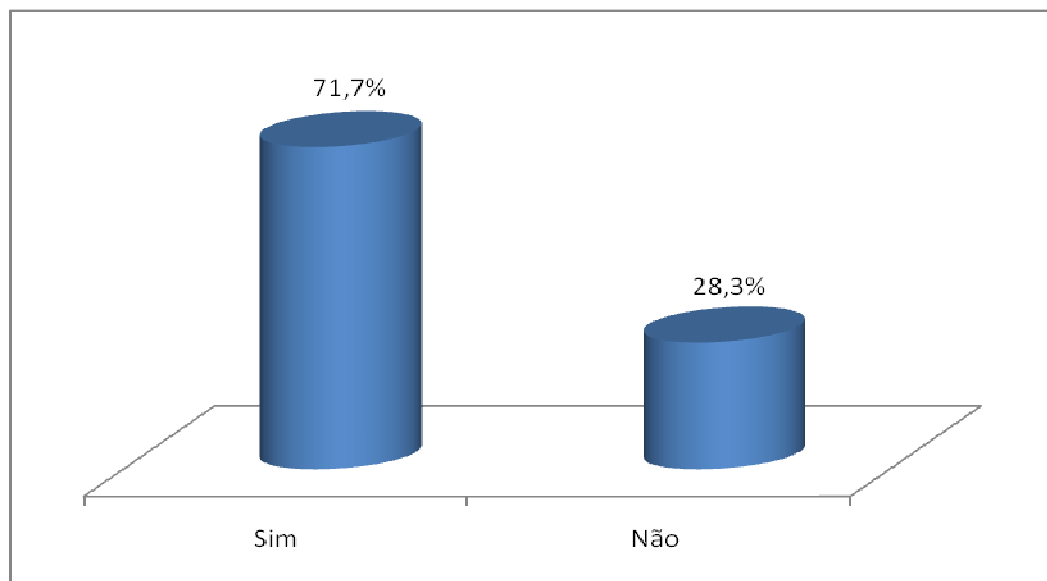


Gráfico 26 – Dedicção exclusiva à cirurgia cardiovascular (n=145)

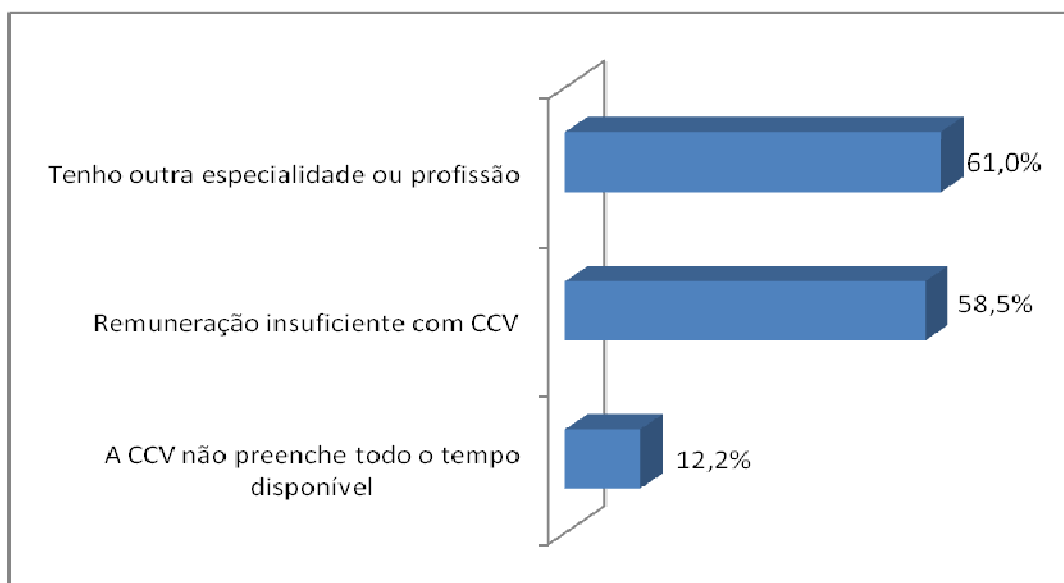


Gráfico 27 – Motivos que os cirurgiões referem para a não-dedicção exclusiva à CCVPed (n=41)

As subáreas de interesse mais prevalentes para este grupo foi a cardiopatia congênita (75,2%), seguida da coronária (58,6%), valvulares (52,4%), doenças da aorta (42,8%), insuficiência cardíaca e transplante (34,5%), marcapasso (26,0%), entre outras (Gráfico 28). Há, portanto, um interesse deste grupo para as doenças congênitas do coração, muito embora os percentuais referidos para as coronariopatias e valvulopatias sejam bem expressivos, denotando a pouca especificidade deste grupo profissional, ratificando o achado de que apenas 5,6% se dedicam exclusivamente à cirurgia cardiovascular pediátrica.

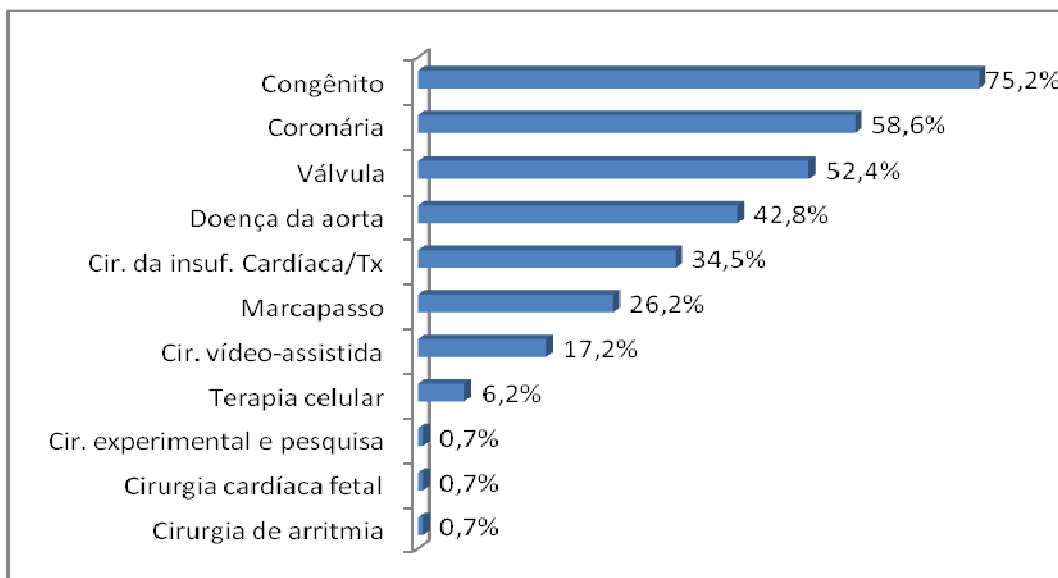


Gráfico 28 – Áreas de interesse dos cirurgiões cardiovasculares que trabalham com cirurgia cardiovascular pediátrica

Os questionários revelaram que os cirurgiões cardiovasculares com dedicação à pediatria trabalham: em apenas uma instituição (65,5%), em duas (20,7%), em três (6,2%), em mais de três em (7,6%) (Gráfico 29).

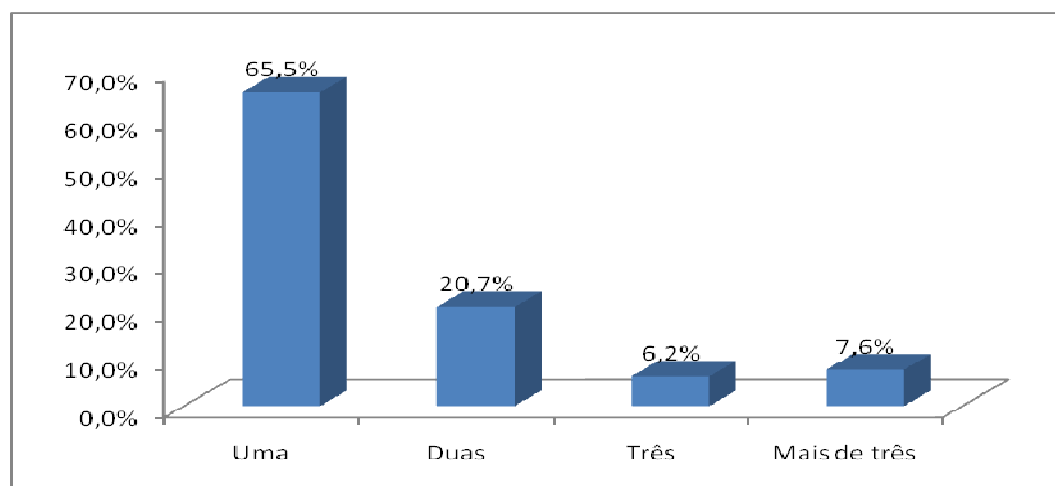


Gráfico 29 – Número de instituições em que os cirurgiões trabalham com CCVPed (n=145)

Entre os cirurgiões cardiovasculares que operam em pediatria, 57,2% trabalham em instituições que prestam assistência apenas ao SUS e convênios, 29,0% apenas ao SUS, 10,3% apenas para convênios e 3,4% a convênios e gratuitamente (Gráfico 30). Destes resultados, é possível inferir que o SUS é o maior financiador das estruturas que se dedicam à cirurgia das cardiopatias congênitas e adquiridas do grupo pediátrico.

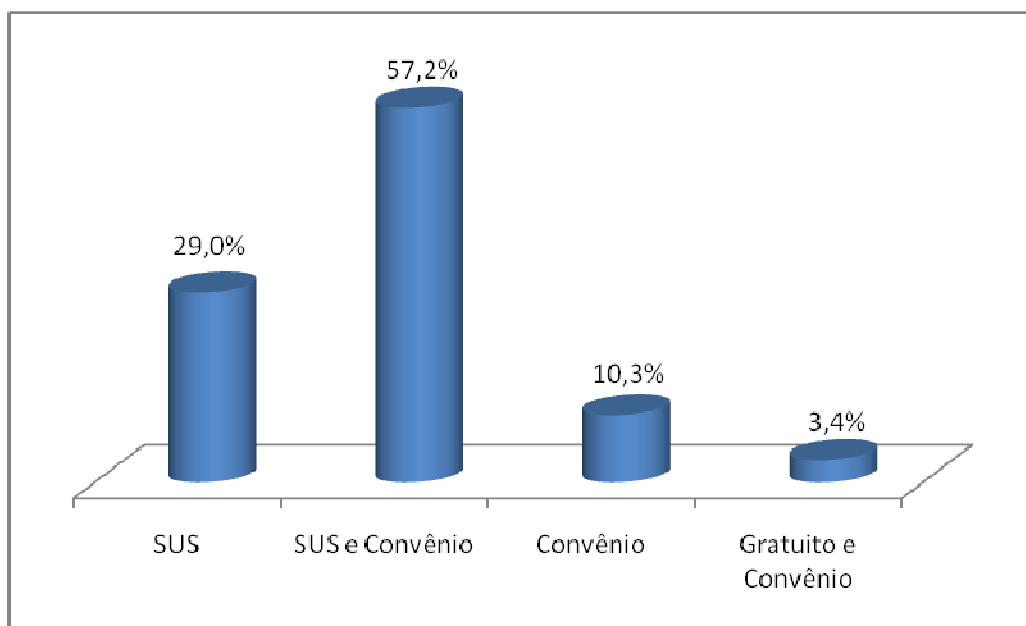


Gráfico 30 – Distribuição do tipo de assistência prestada pelas instituições em que os cirurgiões trabalham com CCVPed (n=145)

Dos cirurgiões que praticam cirurgia cardiovascular pediátrica, 57% realizam todo tipo de operação, paliativas ou corretivas, independentemente de idade ou peso. Realizam todo tipo de operação, paliativas ou corretivas, independentemente de idade ou peso 47,6% dos cirurgiões, quando a instituição onde trabalham atende apenas ao SUS, passando para 61,4% quando atende SUS e convênio, 53,3% quando atende apenas convênio e 80% quando atende convênio acrescido de trabalho filantrópico. A proporção dos médicos que trabalham em instituições cadastradas apenas ao SUS e que realizam todo tipo de operação, paliativas ou corretivas, independente da idade e peso, é inferior à dos médicos que trabalham em instituições cadastradas no SUS e Convênio ($p < 0,05$). Pode-se inferir que instituições que agregam dois tipos de financiamento proporcionam ao cirurgião tratar os portadores de cardiopatias congênitas na sua plenitude (Tabela 15).

Tabela 15 – Procedimentos realizados nas instituições hospitalares onde trabalham *versus* tipo de assistência prestada pelas instituições

Procedimentos realizados nas Instituições de trabalho	Tipos de assistência prestada pela instituição			
	SUS (n=42)	SUS e Convênio (n=83)	Convênio (n=15)	Gratuito e Convênio (n=5)
Realiza todos os tipos de operação, paliativas ou corretivas, independente da idade e peso	20 47,6%	51 61,4%	8 53,3%	4 80,0%
	SUS (n=22)	SUS e Convênio (n=32)	Convênio (n=7)	Gratuito e Convênio (n=1)
Realiza operações paliativas para correção definitiva em pacientes com maior idade e peso	9 40,9%	14 43,8%	4 57,1%	1 100,0%
Limita-se a algumas operações de menor complexidade	15 68,2%	13 40,6%	6 85,7%	0 0,0%
Limita-se a pacientes de maior idade e peso	6 27,3%	7 21,9%	0 0,0%	0 0,0%

Vale salientar que 71,0% dos cirurgiões cardiovasculares pediátricos responsabilizaram a falta de treinamento para a limitação ao tratamento pleno das cardiopatias. Por outro lado, 91,0% deles consideraram insuficiente a remuneração paga pelos procedimentos realizados, independentemente da fonte pagadora ser o SUS, convênio ou ambos (Gráfico 31).

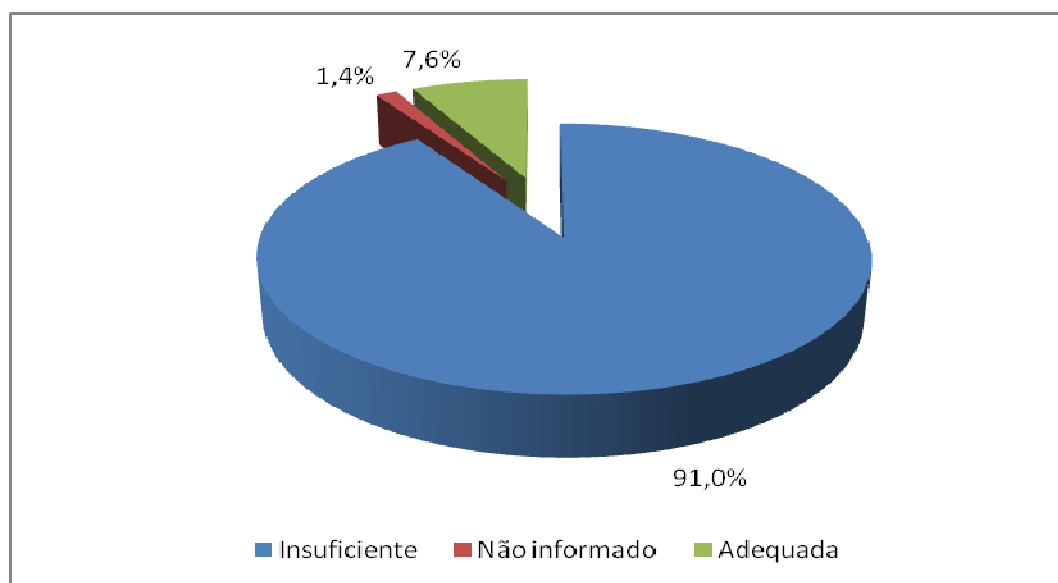


Gráfico 31 – Grau de satisfação com a remuneração dos procedimentos realizados em CCVPed (n= 145)

De acordo com os dados da Tabela 16, 42,4% dos cirurgiões cardiovasculares pediátricos realizaram menos de 50 cirurgias/ano pelo SUS, 24,8% realizaram entre 50 e 100, 20,8% realizaram entre 100 e 200 e 12% acima de 200 operações/ano.

Tabela 16 – Número médio de operações no grupo pediátrico pelo SUS, realizadas por ano

Operações realizadas pelo SUS	Nº de casos	%	% Acumulado
< 50	53	42,4	42,4
50 < 100	31	24,8	67,2
100 < 200	26	20,8	88,0
≥ 200	15	12,0	100,0
Total	125	100	--

Já pelo sistema suplementar de saúde (convênios), 41,1% dos cirurgiões realizaram menos de dez procedimentos/ano, 48,0% realizaram entre dez e 49 e apenas 10,6% realizaram entre 50 e 100 (Tabela 17).

Tabela 17 – Número médio de operações no grupo pediátrico por convênio, realizadas por ano

Operações realizadas por Convênio	No. de casos	%
< 10	55	41,4
10 – 29	36	27,0
30 – 49	28	21,0
50 – 100	7	5,3
> 100	7	5,3
Total	133	100,0

Os dados destas duas últimas ilustrações confirmam mais uma vez que o volume maior de procedimentos realizados pelos cirurgiões cardiovasculares pediátricos é custeado pelo SUS e que, mesmo neste cenário onde os volumes são mais significativos, 67,2% operam menos de oito pacientes por mês, número insuficiente para manter estrutura hospitalar e de pessoal diferenciados no tratamento deste segmento.

4.6.3 As Instituições onde Trabalham

Constatou-se que 52,4% e 50,6% dos entrevistados referiram que suas instituições que atendem SUS, e SUS e convênio, respectivamente, não limitam o exercício pleno da

especialidade; este percentual passa para 73,3% no caso de instituições que trabalham apenas com convênio e para 80% naquelas com trabalhos filantrópicos e convênio; sendo as limitações mais relatadas à falta de estrutura hospitalar, falta de profissionais especializados, complexidade da doença, gravidade do doente, teto financeiro insuficiente e para evitar prejuízo (Tabela 18).

Tabela 18 – Motivos que limitam o exercício pleno da CCVPed, de acordo com o tipo de assistência prestada

A Instituição limita o exercício pleno da CCVPed	Tipo de assistência prestada pela instituição			
	SUS (n=42)	SUS e Convênio (n=83)	Convênio (n=15)	Gratuito e Convênio (n=5)
Não há imposição de limites pela instituição	22 52,4%	42 50,6%	11 73,3%	4 80,0%
	SUS (n=22)	SUS e Convênio (n=41)	Convênio (n=4)	Gratuito e Convênio (n=1)
Devido ao teto financeiro insuficiente	6 30,0%	22 53,7%	0 0,0%	1 100,0%
Para evitar prejuízo	4 20,0%	11 26,8%	1 25,0%	1 100,0%
Devido ao atraso no repasse financeiro (Secretaria de Saúde)	2 10,0%	6 14,6%	0 0,0%	0 0,0%
Devido à complexidade da doença do paciente	10 50,0%	11 26,8%	0 0,0%	1 100,0%
Devido à gravidade do paciente	7 35,0%	7 17,1%	1 25,0%	1 100,0%
Por falta de estrutura hospitalar	12 60,0%	25 61,0%	1 25,0%	1 100,0%
Por falta de profissionais especializados	10 50,0%	18 43,9%	1 25,0%	1 100,0%
Outros	1 5,0%	4 9,8%	0 0,0%	0 0,0%

A proporção dos médicos do SUS e SUS-Convênio que trabalham em instituições que limitam o exercício pleno da CCVPed é superior à dos médicos de Convênio e Gratuito-Convênio ($p < 0,05$). É possível, desta forma, afirmar que, embora haja um predomínio de instituições vinculadas ao SUS para o tratamento destes pacientes, há restrições, como apontado anteriormente, impostas por essas instituições que impedem o exercício pleno da especialidade.

A proporção dos médicos trabalhadores em instituições que limitam o exercício pleno da CCVPed em razão da complexidade da doença do paciente é a mesma no SUS e SUS-Convênio ($p>0,05$).

A proporção dos médicos que trabalham em instituições que limitam o exercício pleno da CCVPed em virtude da gravidade do paciente é a mesma no SUS e SUS-Convênio ($p>0,05$).

Não existe diferença entre as instituições, independente da fonte financiadora ser apenas SUS ou associada a convênios quanto à complexidade da doença ou gravidade do paciente. Os outros limitantes referidos pelos médicos são percentualmente muito próximos, não sendo necessário analisar sua significância.

Em parte, é possível explicar tal atitude das instituições pelos impactos financeiros negativos que os procedimentos causam quando na fonte financiadora se inclui o SUS, a saber: as instituições que trabalham apenas com o SUS, segundo os cirurgiões entrevistados, 66,7% apresentam deficit financeiro com o tratamento da cirurgia cardiovascular pediátrica, 61,4% quando trabalha com SUS e convênio, 26,7% apenas com convênio e 60% com filantropia e convênio (Gráfico 32).

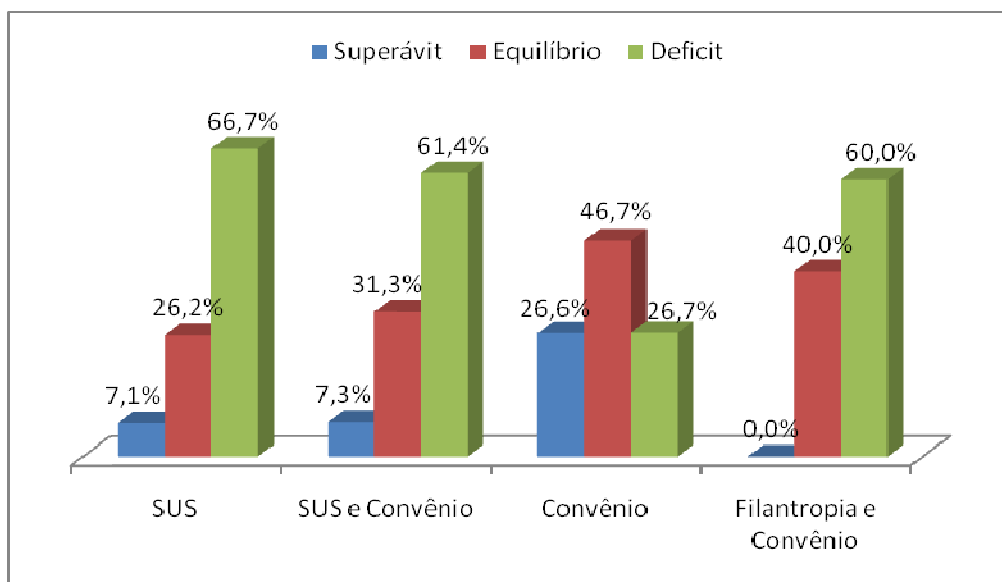


Gráfico 32 – Resultado financeiro da CCVPed *versus* Tipo de assistência prestada pela instituição

Tal circunstância desestimula as instituições quanto a novos investimentos no sentido de ampliação dos serviços. 83,3% das instituições onde o agente financiador é apenas o SUS, 70,7% onde é SUS e convênio, apenas convênio 66,7% e onde é filantropia e

convênio 80%, não referem interesse em ampliar o atendimento. Apenas nas instituições que trabalham apenas com convênio, a proporção de médicos que referiram falta de interesse em ampliar os serviços pela instituição é igual a proporção dos que acharam o inverso ($p>0,05$) (Gráfico 33).

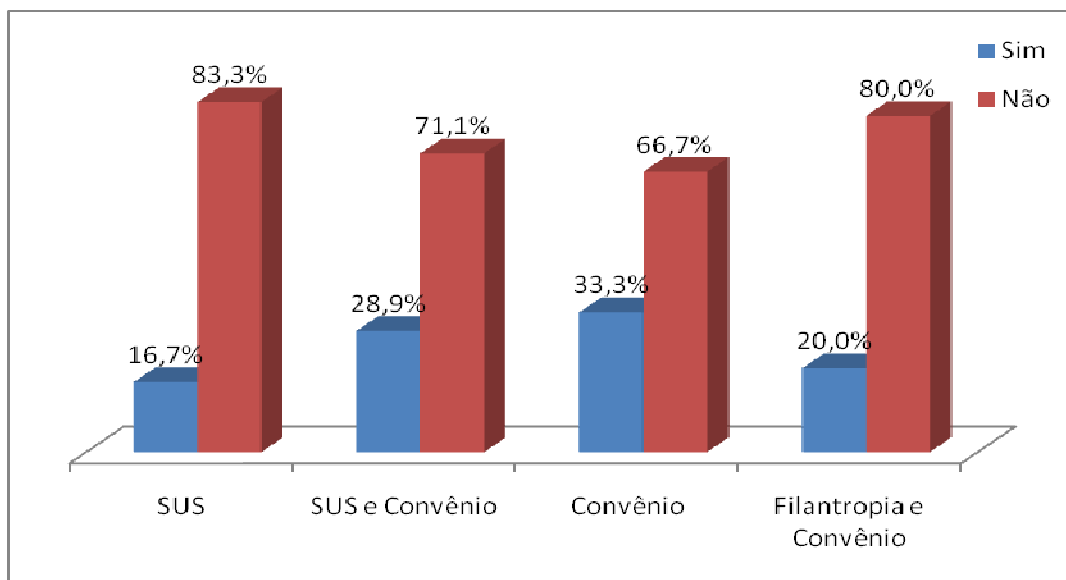


Gráfico 33 – Interesse da instituição na ampliação do número de procedimentos em CCVPed *versus* tipo de assistência prestada

O cuidado pós-operatório acontece em UTI exclusiva para cirurgia cardiovascular pediátrica em 54,8% das instituições que trabalham apenas com SUS, em 33,7% nas que trabalham com o SUS e convênio, 13,3% naquelas apenas com convênio e em 60% naquelas com atendimento filantrópico e convênio. O pós-operatório é realizado em UTI pediátrica geral em 35,7% quando atende apenas SUS, 37,3% quando atende SUS e convênio, 66,7% para os convênios e 20% para os filantrópicos com convênio. Em UTI de adulto, quando o atendimento é apenas pelo SUS, 9,5%, SUS e convênio 29%, apenas convênio, 20% e filantrópico e convênio, 20% (Gráfico 34). Tais números revelam que o volume cirúrgico propiciado pela inclusão no serviço de pacientes do SUS e filantrópicos permite as instituições estabelecerem ambientes específicos para o tratamento pós-operatório e, por conseguinte, melhorar a qualidade do serviço prestado. Chama a atenção, pelo percentual, que ainda se pratica atendimento pós-operatório em cirurgia cardiovascular pediátrica, em unidades de adulto, instituições que atendem SUS e convênio, apenas convênio e filantrópico e convênio.

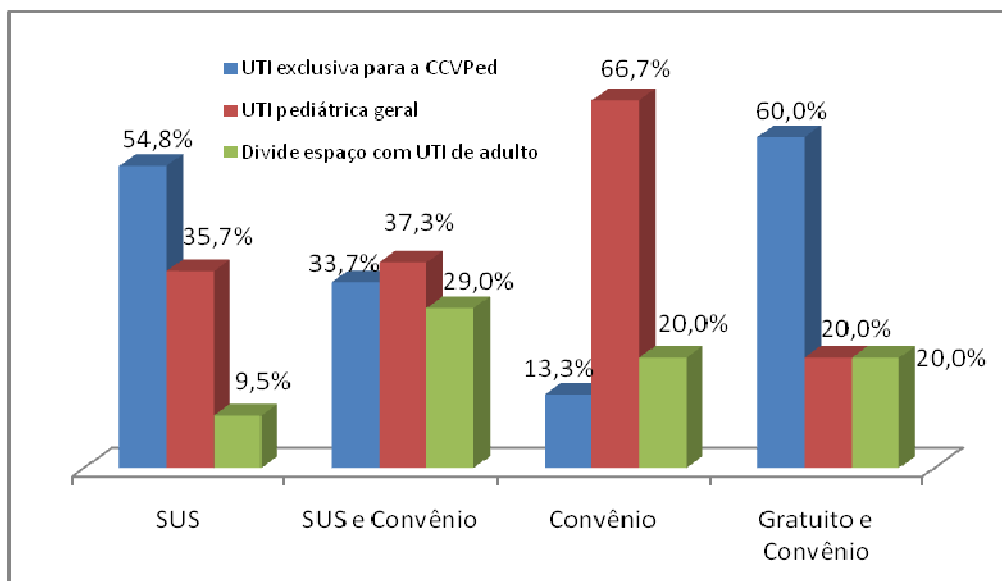


Gráfico 34 – Local de pós-operatório *versus* tipo de assistência prestada pela instituição

Em relação ao profissional que realiza o pós-operatório na UTI (Gráfico 35) encontrou-se exclusivamente cardiopediatra em 21,6% nas instituições que trabalham apenas com o SUS, 21,7% nas do SUS e convênio e 13,3% naquelas apenas de convênio. Cardiopediatras e intensivistas pediátricos em 69% naquelas do SUS, 49,4% SUS e convênio, 80% nas de convênio e 80% nas filantrópicas e convênio. Em 28,9% das instituições que trabalham com SUS e convênio, os profissionais que trabalham na UTI pós-operatório são intensivistas de adulto, nas instituições que trabalham exclusivamente SUS, 9,5%, apenas convênio, 6,7% e naquelas que trabalham convênio e ações filantrópicas, 20%.

Dotar as instituições de médicos habilitados ao cuidado específico dos portadores de cardiopatias congênitas e adquiridas do grupo pediátrico requer ações contundentes tanto das sociedades médicas quanto do poder constituído, que visem a minorar os deficits destes profissionais e distribuí-los de modo mais homogêneo nas regiões brasileiras. Reflexo dos deficits de profissionais é que ainda se encontram médicos sem especialização, cardiologistas de adultos e pediatras, em compatibilidade com as necessidades dos pacientes realizando pós-operatório de uma cirurgia altamente específica.

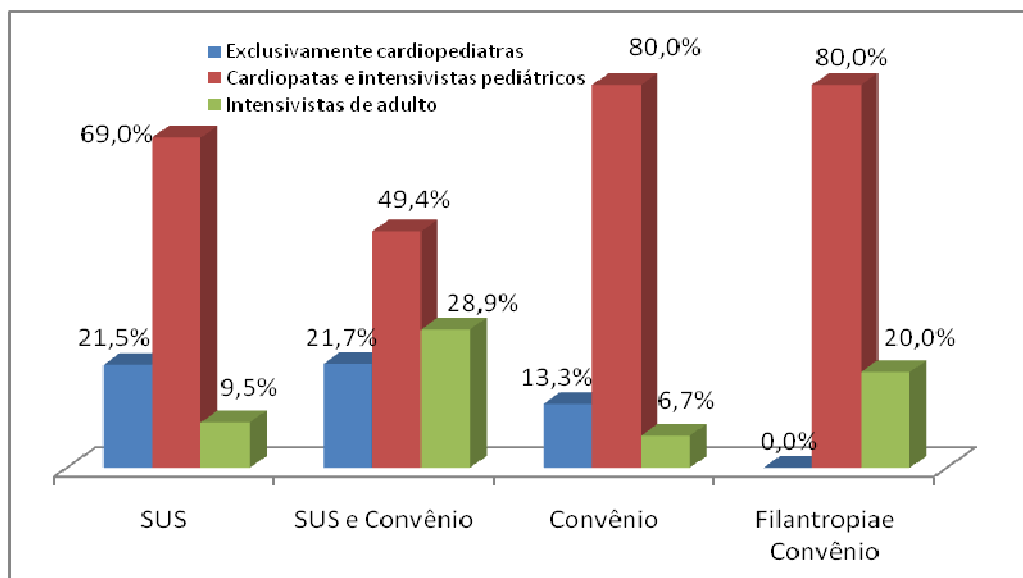


Gráfico 35 – Profissional médico que acompanha o pós-operatório na UTI *versus* tipo de assistência prestada pela instituição

4.6.4 Avaliação da Política pelos Cirurgiões Cardiovasculares Pediátricos

Entre os cirurgiões que trabalham com CCVPed, 77,9% tiveram acesso à informação sobre as portarias que regulamentam a cirurgia cardiovascular por meio da SBCCV e do DCCVPed, 13,8% tomaram conhecimento por meio do MS e Secretaria de Estado da Saúde, 11,0% por meio dos próprios colegas e 20,0% não tomaram conhecimento. Mesmo assim, 60,7% declararam desconhecer o conteúdo dos documentos.

Em sua maioria, os cirurgiões (69,7%) que trabalham com CCVPed opinaram sobre a existência de limitações à implantação de novos serviços relacionadas a exigências da política ora em avaliação (Gráfico 36).

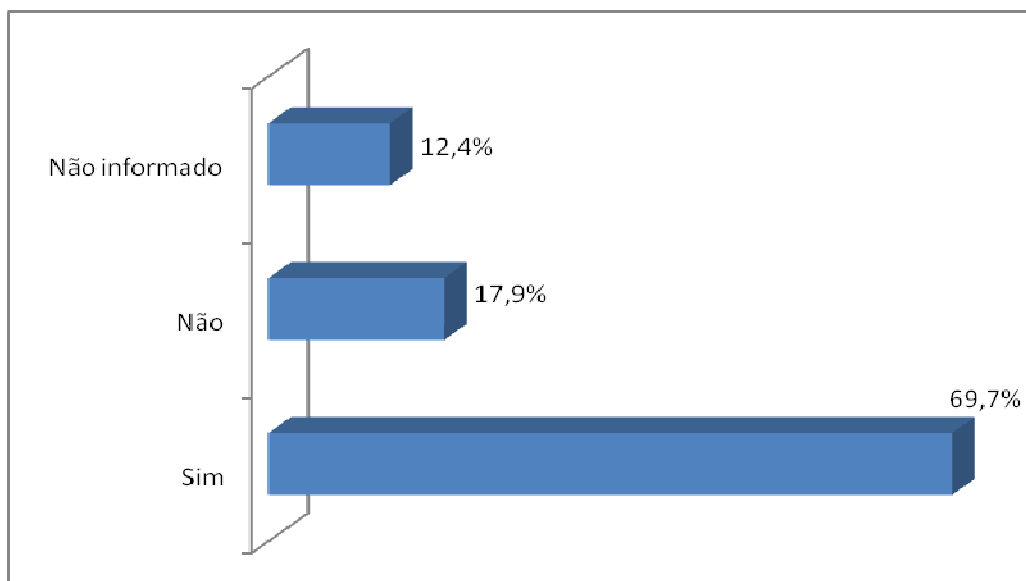


Gráfico 36 – Opinião dos cirurgiões que trabalham com CCVPed sobre a existência de limitações à implantação de mais serviços relacionadas com as exigências da portaria que regulamenta a CCV

Entre as limitações, foram apontadas: complexidade da estrutura hospitalar exigida (80,2%), o valor do ressarcimento financeiro para o hospital (65,3%), composição da equipe multidisciplinar (60,4%), valor da remuneração médica (55,4%), o número de profissionais por setor, como cirurgiões e cardiopediatras (50,5%), e obrigatoriedade de implantação de vários serviços, como ambulatório, setor de reabilitação, programas de prevenção(41,6%) (Gráfico 37).

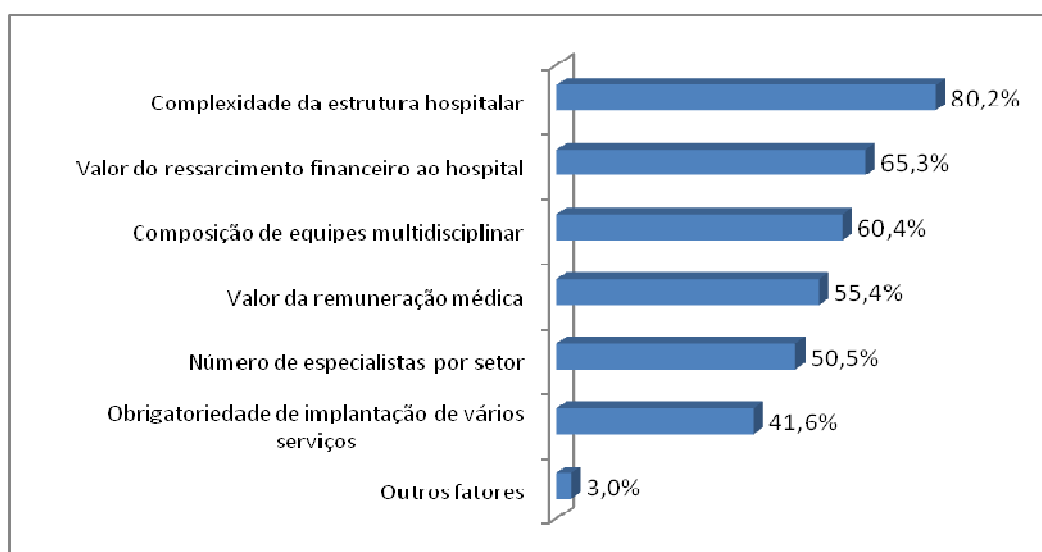


Gráfico 37 – Limitações à implantação de serviços relacionadas com a política avaliada
Nota: (1) Relacionado aos 101 cirurgiões que opinaram sobre a ocorrência de limitações para implantação de novos serviços.

Pode-se sintetizar o fato de que as causas limitantes à incorporação de novas instituições no tratamento das cardiopatias congênitas e adquiridas do grupo pediátrico são de estruturação de quadros profissionais especializados e de ressarcimento financeiro, tanto para profissionais quanto para a instituição hospitalar. Desta forma, a atualização do financiamento das cirurgias de congênitos é ponto de partida para reestruturação da rede de prestadores de serviços, com o objetivo de aumentar a frequência de procedimentos no setor.

Tomando-se como base o valor por procedimento em 1999, que era de R\$ 7.515,56, e recompondo-se a inflação pelo IPCA %, entre o período de 1999 e 2008, demonstra-se um deficit de 34%. Para 2010, apenas pelo cálculo de recomposição inflacionária, o valor por procedimento em cirurgia de congênitos seria de R\$ 15.549,57 (Gráfico 38).

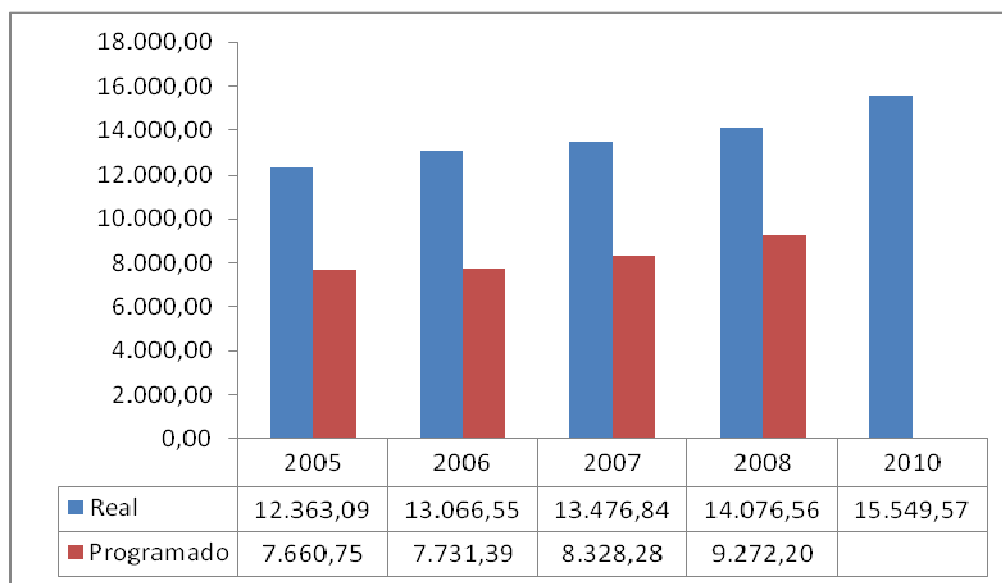


Gráfico 38 – Recomposição inflacionária medida pelo IPCA de 1999 a 2010. Custo real e custo programado em cirurgia cardiovascular pediátrica

Deve-se levar em consideração ao longo deste período a necessidade de modernização e adequação das instituições para a realização de procedimentos complexos neste grupo de pacientes. Entende-se, desta forma, que os valores de ressarcimento pelos procedimentos devam cobrir estes e outros itens, necessários a impactar positivamente as contas das unidades de saúde habilitadas ao atendimento dos portadores de cardiopatias congênitas.

Nas respostas aos questionários, foram encontradas 40,7% (59) dos cirurgiões que trabalham CCVPed, apontando dificuldades para realizar a cobrança dos procedimentos realizados. Destes, 62,7% relacionaram a dificuldade à falta na tabela de certos procedimentos

realizados, 49,2% com a falta de compatibilidade dos procedimentos com as órteses e próteses disponíveis, 30,5% com a não-previsão de certos procedimentos relacionados a faixa etária de pediatria e 25,4% relacionaram as dificuldades à falta de códigos para órteses e próteses na tabela (Gráfico 39).

Considerando o que foi exposto nos parágrafos imediatamente anteriores, na avaliação dos cirurgiões que trabalham com CCVPed, a política para a subespecialidade exige parâmetros de funcionamento aos quais as instituições hospitalares ainda não conseguiram se adaptar. Por outro lado, eles apontaram a falta de adequação da tabela de procedimentos e os baixos valores pagos aos profissionais e às instituições como limitantes adicionais.

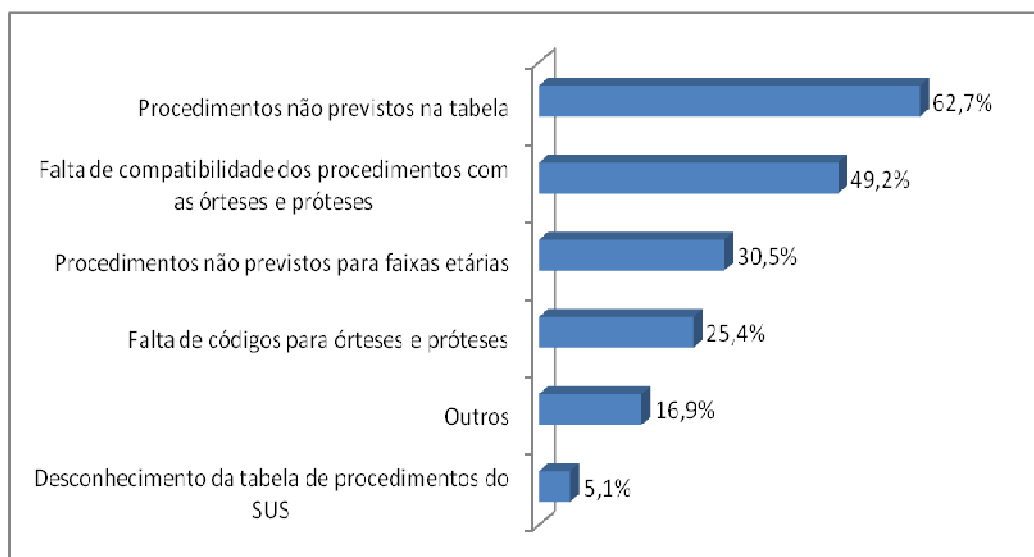


Gráfico 39 – Dificuldades relacionadas à cobranças dos procedimentos cirúrgicos em CCVPed

Nota: (1) Relacionado aos 59 cirurgiões que responderam a questão

4.6.5 Sugestões dos Cirurgiões para a Otimização da Política e da CCVPed

Como ao se iniciar a pesquisa já se dispunha de dados apontando para a existência de deficit de procedimentos em CCVPed, questiona-se os cirurgiões da subespecialidade sobre estratégias que poderiam contribuir para sanar este problema. As ações mais apontadas para aumentar o número de procedimentos em CCVPed foram: aumento da remuneração médica (82,1%), aumento do valor pago por procedimento ao hospital (75,9%), aumento do número de profissionais especializados na área (58,6%), aumento do teto financeiro para a instituição (46,2%), pontualidade no repasse financeiro (43,4%), centralização no MS dos

valores destinados ao repasse financeiro (24,8%), dentre outros (Gráfico 40). Fica constatado que, na visão dos cirurgiões, as estratégias para aumentar o número de procedimentos em CCVPed estão todas relacionadas com valores financeiros, embora eles tenham referido entre as dificuldades das instituições problemas relacionados à necessidade de compor a equipe com diversos profissionais.

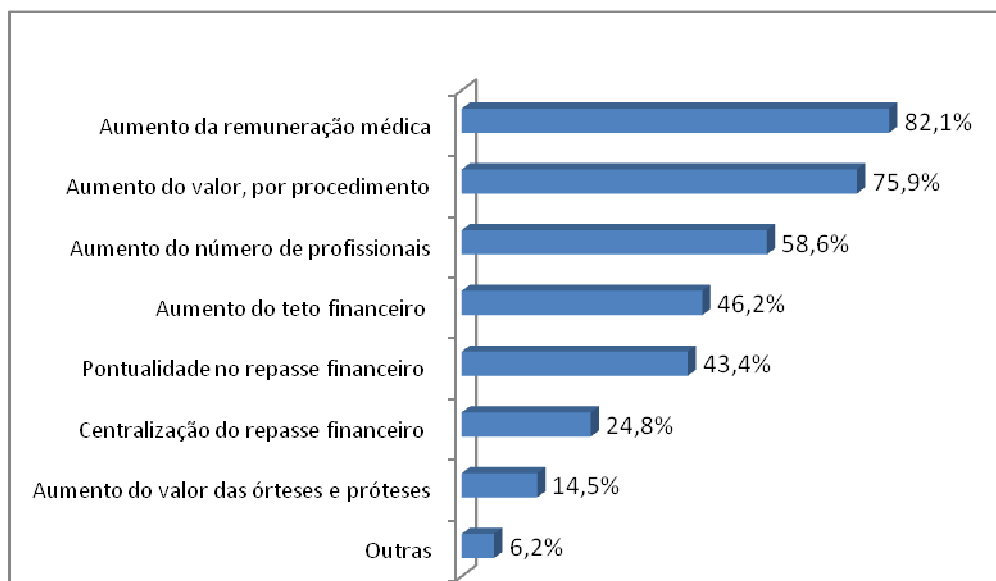


Gráfico 40 – Estratégias para aumentar o número de procedimentos em CCVPed
Nota: (1) Relacionado aos 145 cirurgiões de CCVPed que responderam os questionários

A adoção de medidas diferenciadas, por parte do MS, para estimular a cirurgia cardiovascular pediátrica em regiões com maiores deficits de procedimentos foi apontada por 81,4% dos que responderam o questionário (Gráfico 41). É clara a preocupação dos cirurgiões com as iniquidades regionais, aspecto relegado pela portaria mesmo sendo intensamente lembrado pela SBCCV e DCCVPed durante a formulação da política.

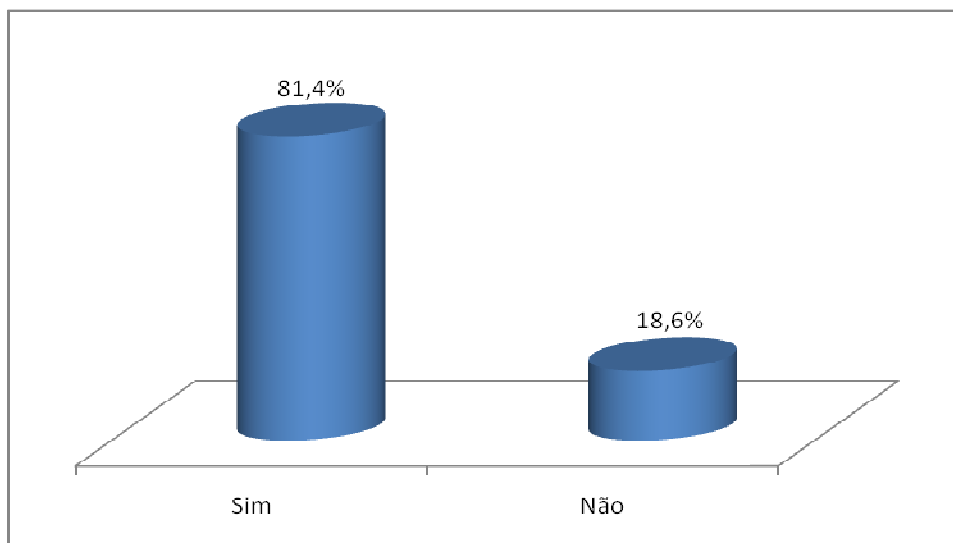


Gráfico 41 – Necessidade do MS adotar estratégias diferenciadas para aumentar o número de procedimentos em regiões de maiores déficits (n=145)

Entre os 119 que sugeriram ações com tal finalidade, os percentuais mais significativos foram: subsídio financeiro para a estruturação ou reestruturação dos serviços (85,7%), pagamento diferenciado aos hospitais (78,2%), pagamento diferenciado aos profissionais (71,4%) e estímulo ao tratamento fora de domicílio (9,2%) (Gráfico 42). Cumpre lembrar que, o tratamento fora de domicílio não proporciona resolução para a massa de pacientes desassistidos, visto que as instituições hoje com atuação na área já estão, na quase totalidade, saturadas, e, como se viu, a maioria não tem intenções de ampliar suas ações pelo menos nas condições hoje impostas.

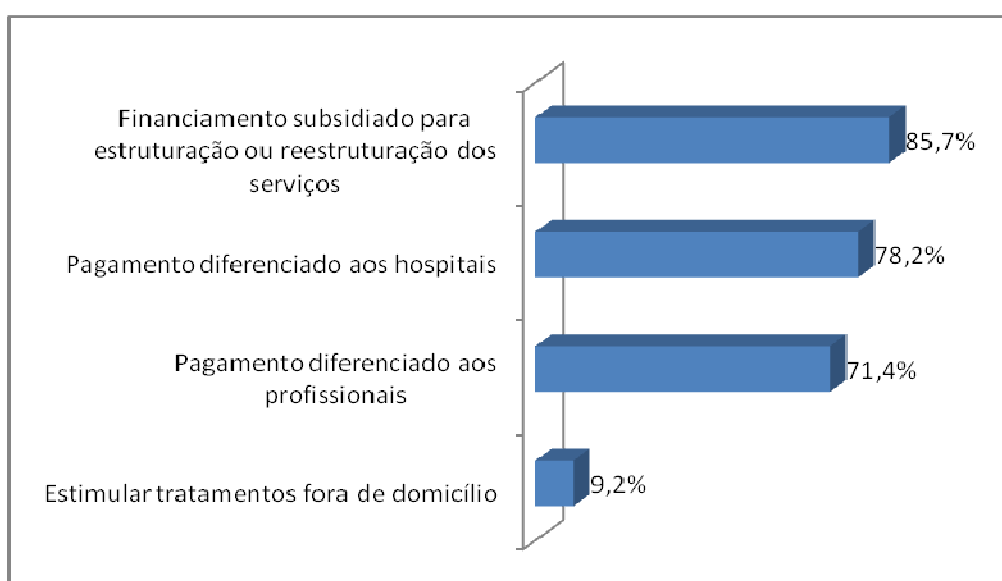


Gráfico 42 – Ações que devem ser adotadas pelo MS para aumentar o número de procedimentos nas regiões com maiores déficits

Nota: (1) Relacionado aos 119 cirurgiões que responderam à questão

No Gráfico 43, encontram-se as ações que os cirurgiões sinalizaram ao DCCVPed para melhoria da CCVPed, como: estimular a formação de centros de treinamento da subespecialidade (89,7%), gestão política junto às secretarias estaduais de saúde e MS (89,7%), cursos de educação continuada (86,2%) e desenvolvimento de ferramentas para controle de qualidade dos serviços (em 69,0%). Apesar das indicações terem sido feitas ao DCCVPed, o desenvolvimento das ações sugeridas certamente teria impacto sobre a política, haja vista que minorariam ou solucionariam problemas apontados por eles como limitações que as instituições hospitalares ainda não conseguiram superar, como a insuficiência numérica de profissionais especializados e a má distribuição das instituições especializadas nas diversas regiões.

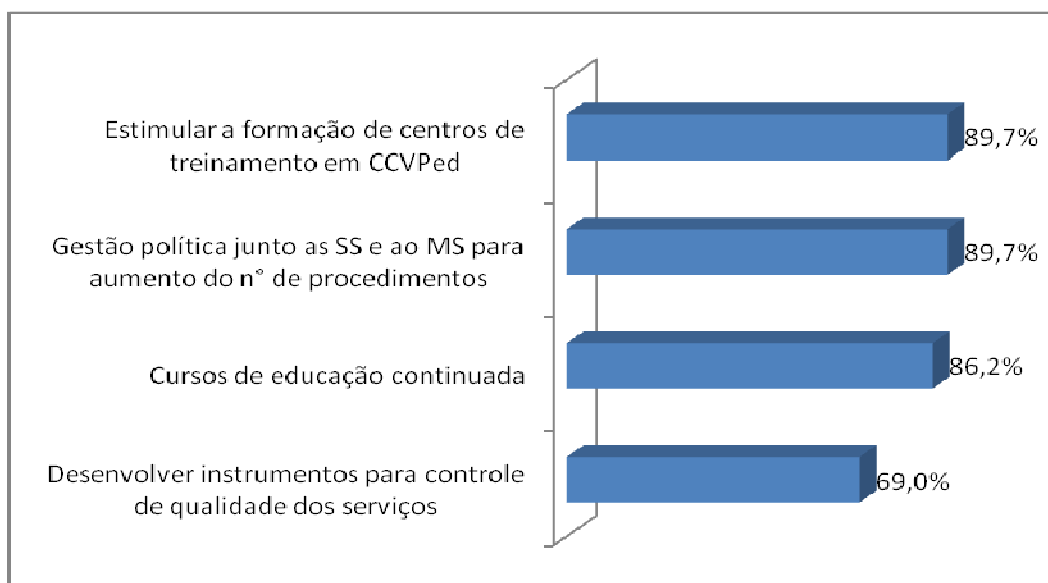


Gráfico 43 – Ações a serem implementadas pelo DCCVPed no sentido de aumentar o número de procedimentos

Nota: (1) Relacionado aos 145 cirurgiões que responderam a questão

O Registro Nacional de Procedimentos em CCVPed, sistema previsto na política sob exame, foi considerado necessário por 88,3% dos cirurgiões, enquanto 11,7% responderam negativamente (Gráfico 44).

Dos 128 cirurgiões que responderam ser necessária a implantação do registro, opinaram sobre qual instituição deve gerenciar os dados: a maioria (54,7%) opinou pelo DCCVPed, 36,7% pela SBCCV e apenas 8,6% opinaram pelo MS (Gráfico 45).

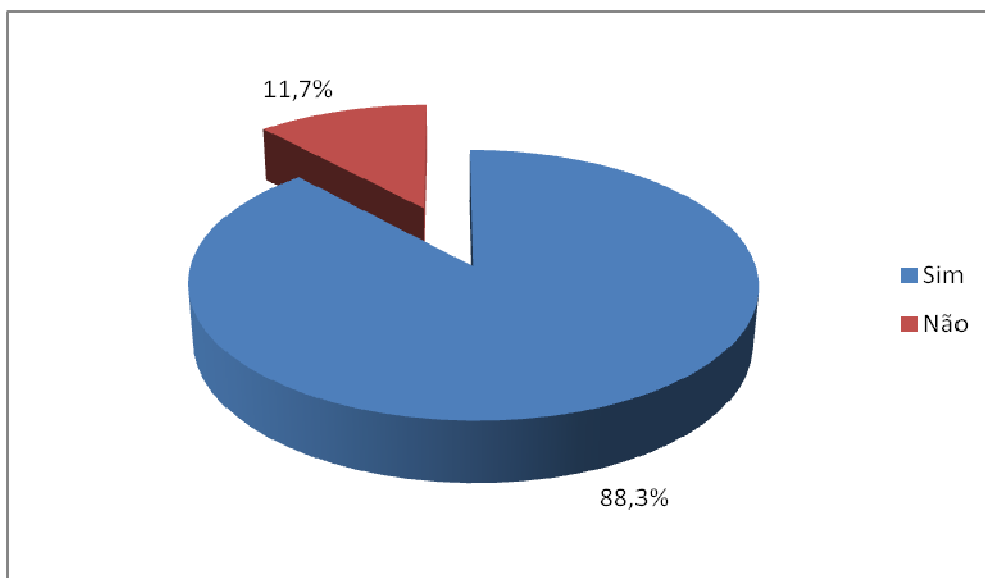


Gráfico 44 – Necessidade de implantação do Registro em CCVPed (n= 145)

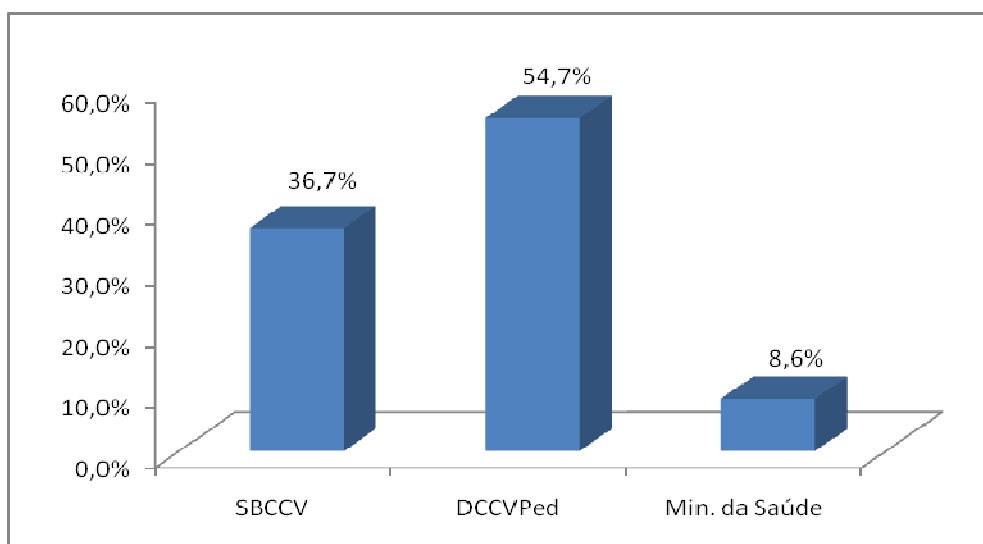


Gráfico 45 – Instituição que deve gerenciar o Registro de CCVPed (n= 128)

No Gráfico 46 nota-se que 76,6% deles acham que o preenchimento do registro deveria ser obrigatório e vinculado à cobrança da AIH. Acrescenta-se que 93,1% informaram que participariam do preenchimento, mesmo estes não sendo compulsório.

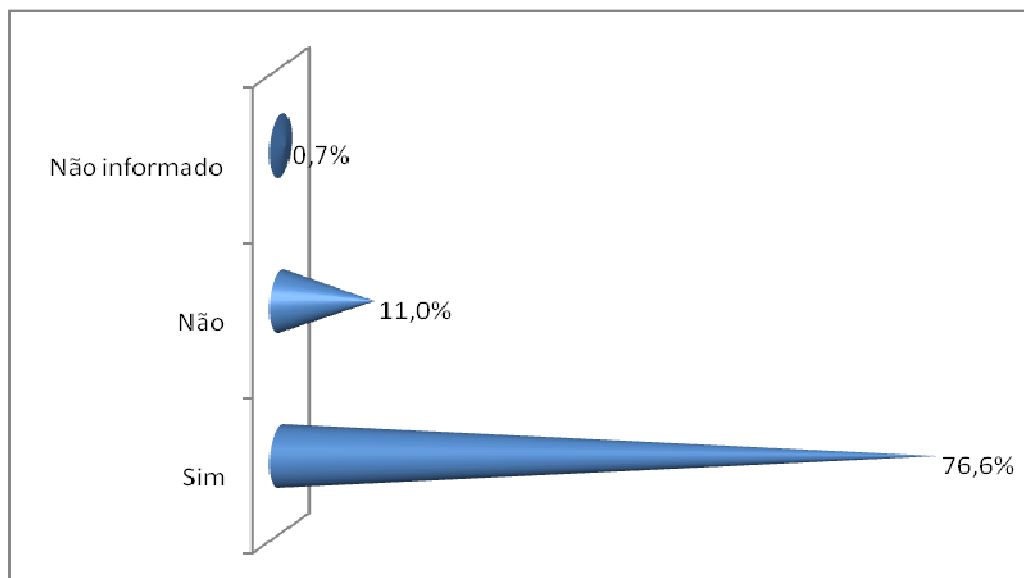


Gráfico 46 – Posicionamento dos cirurgiões, 88,3%, sobre o preenchimento do Registro de CCVPed vinculado ao pagamento da AIH

A importância e a urgência na implementação do registro são também encontradas nas falas dos diretores de sociedades médicas e gestores do MS, como se abordará mais adiante, contudo, são dissonantes os discursos quando se aborda de quem deve ser a responsabilidade no gerenciamento dos dados. Para os gestores, deve ser de domínio do MS, enquanto para os cirurgiões e sua sociedade, por algumas dúvidas quanto ao uso deste, a avaliação e o controle dos dados devem ficar a cargo da SBCCV ou do DCCVPed. É uníssona, independentemente da origem, a fala sobre a obrigatoriedade no preenchimento e, desta forma, abranger a totalidade dos atendimentos financiados pelo SUS. Uma linha de defesa usada pelos médicos é de que tal registro deixaria de fora, se for implementado pelo MS, as instituições com vínculos com o sistema suplementar de saúde, com trabalhos filantrópicos e os particulares. A argumentação foi contestada parcialmente pelos gestores, que alegaram a possibilidade de agregar o sistema suplementar de saúde por meio de parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

4.7 Os Discursos

A necessidade de abranger dimensões mais amplas da realidade estudada tornou imperativo buscar conhecer o pensamento dos agentes que estiveram inicialmente envolvidos com a formulação e posteriormente com a implementação da política sob avaliação nesta pesquisa. Isto determinou a realização de entrevistas com oito médicos, diretores ou ex-diretores de sociedades, tanto da prática clínica quanto cirurgiões, que exercem atividades

ligadas ao tratamento de crianças e adolescentes cardiopatas, e três diretores ou consultores do Ministério da Saúde.

Em complemento à proposição ora referida, foi necessário acessar e por em evidência o pensamento associativo contido nas falas dos diretores de sociedades científicas da área médica diretamente relacionada com a política em apreço e também o que se denomina como discurso oficial contido na fala dos gestores do Ministério da Saúde.

Assim, no primeiro dos tópicos seguintes, analisa-se o ponto de vista dos cirurgiões cardiovasculares e cardiologista pediátrico, que ocupam ou ocuparam cargos em suas sociedades médicas, sobre a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com Foco na Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (PNACAC-CCVPed). São postos em destaque a avaliação deles sobre o modo como foi conduzida sua formulação, as dificuldades de sua implementação, seus impactos e ainda sugestões e outras considerações.

4.7.1 O discurso dos Associados às Entidades Médicas

Conforme já referido, a formulação da PNACAC-CCVPed contou com participação significativa da SBCCV e de outros segmentos envolvidos com a especialidade.

“Tínhamos que nos manifestar. E para você se manifestar, você tem que ter a mente que represente! [...] tem que ter um departamento de cirurgia cardiovascular pediátrica” (CC1)³.

Este discurso faz referência a dois momentos distintos. O envolvimento da SBCCV, no princípio, era como interlocutora das demandas do segmento dos cirurgiões cardiovasculares pediátricos, solicitando ao MS regulamentação para o tratamento das cardiopatias congênitas e doenças adquiridas do grupo pediátrico. Em desdobramento, foi solicitada à diretoria da SBCCV a criação do DCCVPed, que teria, entre outras, a finalidade de representar este segmento nas discussões junto ao MS.

Após a criação do DCCVPed, sua gestão junto ao MS foi de tal significância que passaram a existir restrições por parte de alguns sócios às suas ações e aspirações. Essas restrições podem ser visualizadas nos discurso seguintes:

“Fixei meu objetivo frente às interferências associativas. E fui em frente, com, sem ou apesar deles. [...] A visão era absolutamente clara! Em função de uma realidade, crianças na fila esperando por cirurgia” (CC1).

“Pode até ter agido de “boa fé”, mas agiu mal. Em primeiro lugar não fez um planejamento correto, não avaliou adequadamente a situação da cirurgia cardíaca

³CC1; CC2; CC3; CC4; CC4; CC5; CC6; CCE; CP1 – códigos dos entrevistados referentes aos diretores das sociedades de especialidades.

como um todo, muito menos a cirurgia cardíaca pediátrica, em especial. Não observou que a cirurgia cardíaca pediátrica era praticada em conjunto com a cirurgia de adulto, pelos mesmos cirurgiões, pelas mesmas equipes (eram poucos os especializados) e utilizavam as mesmas estruturas. E o pior, a SBCCV não foi uma boa parceira no assessoramento. Portanto, faltou conhecimento profundo para planejar uma política tão complexa e abrangente”(CC6).

A despeito das restrições já referidas, o objetivo naquela ocasião da SBCCV e DCCVPed era a legitimação da cirurgia cardiovascular pediátrica, focando na organização dos serviços para tratamento deste segmento da cirurgia cardíaca.

“Sempre se discutia dinheiro, pagamento.. Dessa vez, não! [...] Estávamos atrás de criar uma situação que contemplasse exatamente quem estava precisando, a demanda reprimida em cardiopatia congênita [...] A gente estava entrando num cenário onde é tudo escuridão. Você tem que ir primeiro nas coisas básicas. A intenção era legitimar a cirurgia cardiovascular pediátrica” (CC1)

Subsequentemente foi elaborado um documento fundamentando as necessidades de cirurgias de congênitos em todas as unidades da Federação, que serviu de base para a formulação da política. Isso ensejou que as discussões entre representantes de sociedades médicas e MS fossem intensas até a aprovação do que hoje vigora.

“O Ministério recebeu da SBCCV e DCCVPed, estudo de demanda em cirurgia cardiovascular pediátrica com foco em congênitos de todo o país, diretrizes, normas para funcionamento de serviços e com estes dados, discutindo com um grupo específico do Ministério da Saúde elaboraram a portaria hoje em vigor”(CC3).

“A Sociedade, nessa ocasião, teve a capacidade de influenciar e demonstrar, e houve o reconhecimento de que havia realmente um problema que estava sendo negligenciado pelo Ministério, crianças morrendo na fila de espera” (CCE).

“Na realidade houve muita discussão quando estavam sendo feitas as portarias. Ia-se muito a Brasília [...] para justamente instrumentar bem os argumentos”(CC1).

O conteúdo dos três discursos é indicativo de como as entidades médicas da especialidade conseguiram influenciar o MS, usando como convencimento um documento que retratava as demandas do setor. Mostra também que o MS foi receptivo e conduziu a formulação da política, negociando com representantes da área, o que não era atitude costumeira.

Quando foram solicitados a avaliar a forma como o Ministério da Saúde conduziu a formulação da política, os diretores de sociedades médicas fizeram uma apreciação predominantemente positiva, embora reconheçam a necessidade de aprofundamento nas discussões para resoluções de problemas ainda presentes:

“O simples passo do Ministério já ter manifestado interesse de tentar organizar, e tentar normatizar políticas ligadas especificamente à cirurgia cardíaca pediátrica já é um trunfo muito grande! Historicamente nunca tinha existido antes. Claro que existe uma série de detalhes que vão precisar ser corrigidos, analisados em função de um monte de informações que ainda precisam ser colhidas e fornecidas ao Ministério” (CC2).

“É muito importante, é um ganho, sem nenhuma dúvida já existir isso, mas eu acho que a gente precisa se envolver no sentido de ajudar a enxergar as possibilidades que podem ser melhoradas” (CC1).

“O governo tinha visto isso com certa priorização, tendo em vista a enorme demanda reprimida que existe no país” (CC1).

A despeito da avaliação positiva em relação ao processo de elaboração da política, os entrevistados verbalizaram restrições a algumas estratégias de execução utilizadas pelo Ministério da Saúde quando da gestão de José Serra:

“Tinha pessoas muito ativas no ministério, faziam muito e queriam implementar mutirões” (CC1).

“Existem algumas ações governamentais que são de alto impacto, de marketing, mas que não sei até que ponto conseguem ou resolvem o problema, que são os mutirões. [...] Fazer mutirão para operar criança e pagar a mais para operar essas crianças... Acho que esse é um risco! Isso é quase dar um tiro no pé! Porque você vai estimular serviços que não estão bem estruturados, que não estão bem aparelhados, a se julgarem aptos a fazer qualquer tipo de procedimento, e operar qualquer fila, e operar qualquer criança” (CC2) .

Movido pelo interesse de atender a demanda apresentada, o MS indicou a realização de mutirões que deveriam ser realizados em todo o País, não levando em consideração o fato de que algumas regiões não dispunham de cirurgias na especialidade nem tinham a infraestrutura instalada necessária. Esse tipo de estratégia, a realização de mutirões, foi criticado por muitos da SBCCV, por não atender de forma integral, nem mesmo segura, ao portador de cardiopatias congênitas, tampouco os de cardiopatias adquiridas.

A proposição do Ministério da Saúde não levava em consideração princípios centrais do SUS, como o de integralidade, que considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Também não considerava as disparidades regionais, em que, conforme se viu nos indicadores calculados, algumas regiões, como a Norte e a Centro-Oeste, não dispõem de suficientes profissionais qualificados nem de instituições com tecnologia e infraestrutura que permitam a realização segura da estratégia de mutirões então proposta.

Além do mais, a realização dos mutirões não contemplava a integração de ações, abrangendo atividades assistenciais, preventivas e de promoção da saúde. Segundo Pauli (2007), o conceito ampliado de saúde pressupõe a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, exigindo uma forma de trabalho intersetorial das diferentes áreas de trabalho do governo.

Outros discursos dos diretores da especialidade, tanto clínica quanto cirúrgica, mostram que, a despeito de perceberem que conseguiram sensibilizar o MS, este encampou apenas parâmetros mínimos à política que foi formulada.

“O que está normatizado é o básico necessário. Eu acho inconcebível que alguém que queira montar um serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica [...] operar

crianças com diferentes graus de complexidade não tenha, por exemplo, a figura de um cardiologista pediátrico para diagnosticar, acompanhar, cuidar, acho que isso é fundamental. Uma UTI com plantonista pediátrico e com estrutura para cuidar de criança, é o mínimo necessário!” (CC2).

“É evidente que tinha que ter uma portaria que normatizasse esse tipo de atividade. E as instituições e as equipes tinham que se enquadrarem, [...] sob pena de não serem recadastradas ou credenciadas e não poderem realizar cirurgia cardiovascular pediátrica” (CC1).

A preocupação que emerge desses discursos está relacionada à dificuldade no cumprimento das exigências estabelecidas pela portaria no que se refere a categoria e quantidade de profissionais, bem como a adequação dos hospitais, tanto em relação a espaços quanto a equipamentos. Isto também já havia sido apontado nos resultados obtidos com os questionários. A elas outras por eles referidas e que reforçam os discursos reproduzidos agregaram-se:

“Existe, em alguns locais, uma dificuldade muito grande em se adequar à portaria, pela dificuldade em se conseguir, primeiro o profissional, por exemplo, o cardiologista pediátrico. Existem estados no Brasil que têm um, dois cardiologistas pediátricos para tocar o movimento; segundo, a estruturação do hospital, espaço e equipamentos sem o devido ressarcimento” (CC2).

“Não só com o recadramento da cirurgia pediátrica, como também desarrumou um sistema bem estruturado que funcionou adequadamente. A portaria 210 foi muito exigente e não assegurou recursos para os hospitais e serviços que quisessem entrar. Além do mais, investimentos em recursos humanos exigem tempo” (CC6).

As despeito das dificuldades apontadas, os entrevistados reconhecem que as normas e parâmetros definidos nas portarias para a regulamentação da CCVPed trouxeram efeitos e desdobramentos positivos:

“Conversando com os colegas [...] houve melhora na normatização e parece que o encaminhamento das questões de cada instituição mostrou uma organização no sistema, o que trouxe para eles benefícios bem práticos, e benefícios, assim, de superação para o futuro” (CC3).

“Não é que existiu dificuldade. Como participava indiretamente da gestão do DCCVPed, debatendo e discutindo, me preoquei em manter a direção do hospital a par do que estava ocorrendo. [...] Como o hospital tinha muito contato com o Ministério [...] passaram também a fortalecer a parceria com o Ministério” (CCE).

Pelo exposto, os entrevistados entendem que os parâmetros formalizados trouxeram desdobramentos positivos para a estrutura hospitalar e estimularam agregar outras disciplinas e profissões no cuidado das crianças e adolescentes cardiopatas.

A cirurgia cardiovascular pediátrica é uma subespecialidade de atuação da cirurgia cardiovascular que necessita de profissionais especializados, infraestrutura hospitalar com características próprias e uma gestão focada em oferecer atualização tecnológica e condições adequadas de trabalho. Isto a caracteriza como uma atividade complexa. A experiência tem mostrado que, com tantos pré-requisitos, este tipo de atividade estabelece um

padrão de atendimento e passa a ser um indutor de melhorias para outras especialidades, por usufruírem da mesma estrutura ou por incorporarem novas tecnologias para demandas específicas. É o que está assinalado no discurso seguinte:

“Quando você quer melhorar um hospital geral você põe cirurgia cardíaca. Quando você quer melhorar a cirurgia cardíaca, você põe a cirurgia cardiovascular pediátrica e nesta o tratamento de crianças de baixo peso” (CC1).

A despeito de a cirurgia cardiovascular pediátrica ser uma indutora de melhorias na assistência, há uma escassez na procura por credenciamento no setor e isto reflete no número insuficiente de serviços, o que foi apontado pelos entrevistados, para atender a demanda reprimida. A esta argumentação surgem outras, como a pulverização dos serviços poderem causar baixa qualidade no atendimento por falta de estrutura hospitalar e despreparo profissional.

“No Brasil tem uma população de 25 mil crianças por ano nascendo com cardiopatia congênita. Não se consegue tratar 25 mil crianças em 66 centros! Afora aqueles que estão em processo de segundo, terceiro tratamentos estagiados, ou intervenções pra corrigir defeitos residuais, etc” (CC4).

“A quantidade de criança com cardiopatia congênita que morre sem assistência é muito grande! Hoje, tratamos um percentual pequeno. O acesso é muito difícil! Precisamos ter um maior número de centros e precisam estar mais equipados, porque a parte da cirurgia cardíaca mais onerosa é a cirurgia cardíaca pediátrica, principalmente dos neonatos” (CC5).

“Existem no Brasil milhões de habitantes inteiramente desassistidos. As distâncias são enormes e concentrar os centros especializados também não é a melhor solução” (CC6).

“Se me disser como número, perto do que se planejava inicialmente, eu acho pouco. Por outro lado, a preocupação é a capacitação não só do centro, com tecnologia e equipamentos, mas de quem vai trabalhar nesse centro. Tenho uma enorme preocupação em credenciar, em validar tais centros e grupos de pessoas que não tenham a vivência necessária para cuidar desse grupo de pacientes” (CP1).

“Deve-se ampliar, talvez próximo do estabelecido como meta, desde que homogeneamente distribuídos” (CC1).

“Não sei se 230 vai ser o ideal! Mas tenho certeza que 66 não está sendo suficiente. Porque, mesmo nos grandes centros, nos centros de grande movimento, a gente continua tendo filas enormes, uma demanda totalmente reprimida” (CC2).

Enquanto ressaltam a insuficiência de centros credenciados, também enfatizam que a concentração destes em determinadas regiões é um problema que precisa ser atacado. Também defendem a necessidade de capacitação das instituições a serem credenciadas tanto dispendo de infraestrutura e equipamentos quanto de equipes qualificadas.

Neste grupo de entrevistados, a necessidade de formação de profissionais foi uma temática recorrente, apontada como ponto de partida para a abertura de centros especializados em CCVPed.

“Não se pode dizer: eu vou botar um serviço em tal lugar. Quem é que vai tocar aquele serviço? [...] Tem que ter formação de pessoal para poder, numa segunda etapa, ter a distribuição das instituições... Essa é a única maneira de você expandir uma atividade. [...] São as pessoas que fazem as instituições, e não as instituições que fazem as pessoas” (CC5).

Algumas nuances da atenção em CCVPed que não foram privilegiadas na política que ora se avalia foram ressaltadas por alguns dos entrevistados deste grupo:

“Claro que hoje nós diagnosticamos mais com o advento da cardiologia fetal, alguns programas que fazem rastreamento de gestantes e que permitem o diagnóstico precoce e a possibilidade de encaminhamento para tratamento. Criamos outro problema, porque diagnosticamos, e não temos necessariamente para onde mandar e como atender. Melhorou no sentido do diagnóstico, no sentido do esclarecimento, mas não melhorou no sentido de poder atender tudo que a gente precisa. Estamos muito longe disso!” (CP1)

Segundo este discurso, há uma visão ampliada sobre a problemática relacionada com o tratamento de crianças e adolescentes cardiopatas. Há referência à atual disponibilidade de tecnologia para diagnóstico precoce, inclusive intraútero, que por sua vez, promove o aumento significativo das demandas por tratamento, não solucionadas pelas dificuldades no acesso a instituições com a infraestrutura necessária.

O discurso acima, e outros já apresentados, remetem ao princípio da regionalização, a qual pressupõe a alocação de recursos de saúde em determinada área, em ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores (ARTMANN; RIVERA, 2003).

A regionalização é compreendida também como esquema de implantação racional dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica, na qual é possível uma máxima atenção nos centros primários, enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente (NOVAES; MIR, 1990).

A possibilidade de ampliar o número de centros também foi defendida por alguns dos entrevistados, mas novamente considerando a complexidade das cardiopatias congênitas:

“Se considerarmos patologias mais simples, patologias de menor complexidade, a gente poderia até ampliar mesmo esses centros. Agora para tratar alta complexidade isso, além de custo alto, necessita treinamento prolongado, experiência de quem vai tratar, do cirurgião, do intensivista, do clínico, do hemodinamicista, toda equipe cirúrgica! [...] Se quisermos disseminar fazendo a coisa escalonadamente, definido níveis de atendimento, acho que poderíamos aumentar” (CP1).

“Não dá pra você montar só centros para atender cardiopatias complexas. Estes vão exigir estrutura hospitalar muito mais complexa com profissionais muito mais complexos e esse centro é difícil você montar do nada. Soa com muita clareza a possibilidade de você ter centros de atenção de complexidade escalonada para

*cardiologia pediátrica”. [...]Os centros de atenção de baixa complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica podem até ser uma ponte de formação de profissionais que vão trabalhar depois num centro de maior complexidade” (CC2).
 “Os centros que realmente fazem essa cirurgia com perícia e bons resultados não são muitos; por quê? Porque os centros que têm qualificação eles têm características próprias da estrutura hospitalar, da estrutura da equipe, da estrutura de equipamentos. E isso talvez não seja possível de se expandir para uma quantidade enorme de centros no país” (CC3).*

Portanto, os discursos remetem além da regionalização que se faz necessária, também ao princípio da integralidade, que supõe a associação de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em diferentes níveis de complexidade para atender todas as demandas.

No caso da saúde, a regionalização obedece prioritariamente ao critério de planejamento de uma oferta de serviços, à necessidade de racionalizar a dinâmica de articulação destes, instituindo maior coordenação e atingindo resultados em termos de mais acesso e equidade. Os dois primeiros critérios também podem ser considerados de maneira mais subordinada (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Segundo Chang e Klitzner (2002), a regionalização do cuidado em cardiologia pediátrica ou a colaboração entre centros regionais pode não apenas melhorar os resultados, por concentrar a experiência, como também facilitar a avaliação da qualidade, em virtude do aumento de volume cirúrgico

Alguns dos entrevistados associaram a demanda reprimida à escassez de profissionais qualificados para a especialidade:

“Faltam interesse e envolvimento da comunidade de cirurgia cardiovascular nessa especialidade. Nem sempre toda a nossa comunidade compreende, por exemplo, que existe uma defasagem de cirurgiões nessa especialidade, e que perto de 8% das crianças que nascem tem cardiopatia congênita cirúrgica e não estão sendo operadas. Existe, portanto, uma demanda reprimida que poderia condicionar o aparecimento de novos centros” (CC3).

No entendimento do entrevistado, a existência de demanda reprimida é um fator que possibilitaria a criação de centros de tratamento na especialidade, entretanto, esta não tem sido bastante atraente para a classe médica.

Segundo outro entrevistado, outro fator que pesa negativamente é a falta de ressarcimento condizente com o investimento, tanto em pessoal quanto em estrutura, que as instituições devem realizar:

“A adequação de valores é muito importante, para que o hospital se sinta valorizado, não se sinta prejudicado, para que possa sustentar o seu programa. Senão ele vai suspender o programa, como vem acontecendo com muitos hospitais” (CC2).

Esta fala relaciona a falta de ressarcimento condizente com os investimentos utilizados como fator que desestimula as instituições hospitalares a se credenciarem ou a permanecerem realizando procedimentos em CCVPed.

Sobre a existência de problemas relativos à distribuição de profissionais e centros especializados nas diversas regiões, os discursos incidiram principalmente nas temáticas:

“Está faltando 95% de profissionais e de serviços e há uma distribuição extremamente heterogênea” (CC1).

“Fiz levantamento há um ano, onde regiões como a região Norte e Nordeste apresentou um déficit brutal em termos de números de cirurgias, número de cirurgiões, número de centros, muito diferente da região Sul e Sudeste. A região Centro-Oeste, por exemplo, é uma região que tem pouco centro, mas é uma região pouco populosa. Os poucos centros são produtivos. [...] A população do Sudeste é muito grande. Agora, não há dúvida que os centros e os cirurgiões estão concentrados nas regiões, principalmente, Sul e Sudeste” (CC2).

“Em absoluto! Talvez esse seja o calcanhar de Aquiles e um grande auxílio dessa pesquisa. Porque o Brasil precisa certamente, na minha concepção, praticamente triplicar o número de cirurgiões cardiovasculares pediátricos para poder atender a demanda que hoje se sabe que não está atendida! Então é fundamental que nós possamos recriar serviços com qualificação para que eles possam ter bons resultados e aumentarmos o número de cirurgiões cardiovasculares pediátricos envolvendo cirurgiões que estão em formação dentro de um programa sob controle da Sociedade e que deve ser avaliado inclusive pelo Ministério da Saúde, relativo, por exemplo, à sua qualificação e aos resultados finais” (CC3).

“Além do número pequeno de profissionais existem empecilhos políticos e burocráticos para que possam atuar” (CC6).

Há uma percepção unânime dos representantes das entidades médicas da especialidade sobre a escassez de centros e de profissionais e sua distribuição não equânime nas várias regiões. Entre as causas dessa situação apontaram-se dificuldades de ordem política e burocrática, indicando-se a falta de conhecimento sobre as reais demandas tanto do quantitativo de profissionais quanto de número de centros e suas capacidades.

Segundo Garrafa, Costa e Oselka (1999), o reconhecimento das necessidades diferentes dá base ética e deve guiar o processo decisório da alocação de recursos, sua distribuição e controle, com o objetivo de atingir direitos iguais, entre eles a possibilidade de acesso à saúde.

Lucchese (2003) propõe a epidemiologia como conhecimento imprescindível à compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, a valorização da experiência cotidiana de profissionais e usuários na definição de prioridades na saúde e o redimensionamento das ações para o nível local na busca da equidade e da atenção integral.

Para explicar o exíguo número de profissionais que atuam na especialidade, os entrevistados propuseram:

“A cirurgia de válvula e a cirurgia de coronária, primeiro era mais freqüente, segundo era mais fácil. Então os cirurgiões se ocupavam daquilo e estava resolvido o problema. Viraram cirurgiões de adultos. A cirurgia de congênito, ela exigia muito, porque precisava conhecer embriologia, conhecer patologia [...] e é um número menor de casos. E a grande maioria é em pessoas que não têm recursos. Então ela não era atrativa, mas os cirurgiões que permaneceram trabalhando com congênitos, acho que eles têm maior satisfação do que os cirurgiões que trabalham com adultos” (CC5).

“Cardiologia pediátrica é uma especialidade que você só trabalha em equipe”(CP1).

É muito inferior, é muito aquém da necessidade, e tem justificativa para isso. [...] Primeiro são poucos os hospitais que dão a devida atenção, que dão respaldo e condição adequada de trabalho, não só no ato cirúrgico, mas também no pós-operatório, a própria disponibilidade de leito (CCE).

“O sujeito pra ter o direito de ser idealista, ele precisa ter uma remuneração mínima pra sustentar sua família. Porque se ele não tiver uma remuneração que lhe permita sustentar sua família, ele vai ter que fazer o que puder pra ganhar” (CC5)

Argumentam que, para o exercício profissional na especialidade, há a necessidade de formar equipes multidisciplinares, de estruturas hospitalares diferenciadas e bem equipadas, além da formação superespecializada dos cirurgiões cardiovasculares que venham a operar problemas congênitos. Adicionalmente argumentam que a clientela é constituída na maioria por pessoas com poucos recursos e que, portanto, não podem pagar pelos procedimentos.

É certo que a cirurgia cardíaca de pessoas com problemas congênitos representa um desafio para o cirurgião e, assim, um estímulo, já que os pacientes, as doenças e os procedimentos não se superpõem; entretanto, a especialidade, especialmente a cardiologia pediátrica, exige aprimoramento técnico que demanda longo período de treinamento, sendo um dos desestímulos apontados como responsáveis pela escassez de profissionais. Outras considerações foram feitas:

É uma especialidade que requer, além da formação básica de cirurgião cardíaco, uma sub-especialização, ou super-especialização. Hoje em dia para se formar em cirurgia cardíaca precisa de 6 anos. Isso talvez seja um dos grandes empecilhos para o deficit de cirurgiões. [...] Outro aspecto é que a cirurgia cardíaca pediátrica nos países desenvolvidos já deixou de ser pediátrica para ser neonatal ou cirurgia no primeiro ano de vida. Então é uma especialidade que está também sofrendo essa mudança, essa transição (CCE)

“Julgo que um modelo próximo do ideal seria, [...] um ano de cirurgia geral [...], três anos de cirurgia cardíaca geral são suficientes e eu incluía pelo menos mais um a dois anos de cirurgia cardíaca pediátrica como formação específica. Estamos falando no mínimo em seis anos de formação. Tenho certeza que isso é um implicador da não-procura dos colegas” (CC2)

“A cirurgia de congênito apresenta um desafio muito maior para o cirurgião porque os grupos de doenças não se superpõem. [...] Esse aspecto variado, e desafiante da cardiopatia congênita, é um estímulo muito grande para o cirurgião que quer pensar no tratamento dessas situações. Creio que a formação, a necessidade social de desenvolver esse campo da cardiopatia congênita e o desafio que esse tipo de cirurgia provoca, foram os principais motivos pelo qual eu me introduzi ou tenho gosto por esse tipo de cirurgia” (CC4)

“Aonde pega é na remuneração e no treinamento. Precisa-se de um tempo muito grande de preparação, da formação básica, pediatria, dois anos, passando pela cardiologia pediátrica dois anos, até as sub-áreas mais dois. Se for um cardiologista, são dois anos de clínica, dois anos de cardiologia e dois anos, no mínimo, de cardiologia pediátrica. Se você for pensar, é mais uma faculdade”(CP1)

O tempo de formação profissional varia de seis a oito anos para o cardiologista pediátrico na dependência da sua origem se Pediatria ou Cardiologia, respectivamente, e de oito anos para o cirurgião cardiovascular pediátrico. Esse fator foi utilizado por todos os entrevistados para explicar a baixa procura da especialidade pelos médicos. Convém ressaltar, entretanto, que os profissionais que pretendem ou já atuantes na especialidade têm que lidar com a dinâmica imposta pelos avanços das técnicas e da tecnologia atuais, que constituem desafios adicionais.

Considerando o exposto, alguns dos entrevistados teceram considerações sobre o papel que as entidades médicas devem assumir em relação à formação de especialistas:

“O papel das Sociedades é muito importante! Como: organização da formação do profissional; credenciamento de centros formadores dos profissionais; identificação de deficiências e centralização de informações. Nossa Sociedade se presta muito bem a isso, deve ser a gestora” (CC2).

“Tem que haver uma remodelação para o incentivo da cirurgia de congênitos que começa na preparação do moço, tendo capacidade de entusiasamá-lo, que continua pela possibilidade do moço enxergar um futuro profissional pela frente, pelo ressarcimento do seu trabalho. E pela expansão dos serviços [...] ter uma infraestrutura preparada para os portadores de cardiopatias congênitas” (CC4).

“O MEC só reconhece um ano de atuação pela pediatria. Mas é só um ano. Nenhum programa de aperfeiçoamento em cardiologia pediátrica aceita, pra fazer a prova de título, um ano[...] Estamos tentando uniformizar o programa de treinamento desses residentes” (CP1).

Há desta forma, segundo os entrevistados, a necessidade de uma política de formação e viabilização do exercício profissional. A sociedade deve assumir este papel por meio da formação de cirurgiões cardiovasculares de congênitos em centros por ela credenciados. Ainda segundo eles, deve ser indutora de melhorias na infraestrutura e expansão dos serviços, pleiteando junto a fontes pagadoras ressarcimento compatível com a complexidade da formação dos especialistas e dos procedimentos que realizam.

Foi lembrada ainda a dificuldade na obtenção dos títulos de especialista com taxa de aprovação, na área clínica, de 31% e o não-reconhecimento da Cardiologia Pediátrica como especialidade pelo Ministério da Educação. Pelo exposto, as sociedades passariam a desempenhar papel fundamental na elaboração, implementação e auditoria dos programas de formação profissional.

Conforme referido no quadro teórico, a cardiologia pediátrica cuida de dois grandes grupos de doenças, as adquiridas, como, por exemplo, as miocardiopatias, febre

reumática, endocardites, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, dentre outras. As congênitas são aquelas com a qual o paciente nasce, mesmo que o diagnóstico se dê já sua fase de adulto.

A população de adultos com problemas cardíacos congênitos cresce acentuadamente, havendo a necessidade de atendimento tanto para um simples acompanhamento de controle quanto para novas intervenções para reparar defeitos residuais de intervenções anteriores, intervenções estagiadas ou até mesmo para primeira intervenção por diagnóstico tardio.

Conforme os resultados obtidos com os questionários, há instituições e profissionais com diversos perfis. Falta aos cardiologistas pediátricos oriundos da Pediatria formação em Cardiologia e falta formação em Pediatria para os cardiologistas gerais. Este é um impasse que o Departamento de Cardiologia Pediátrica tem o propósito de superar, tentando uniformizar a formação dos cardiologistas e sugerindo centros com grupos multidisciplinares e multiprofissionais para dar conta do tratamento dos portadores de cardiopatias congênitas, do feto ao adulto, sem que se permita fragmentação na atenção.

“Em cardiologia pediátrica [...] podemos formar cardiologistas pediátricos, quer seja pela cardiologia, quer seja pela pediatria. Nos últimos anos a enorme maioria tem vindo da pediatria. [...] Mas, nos últimos dois anos houve uma queda na procura pela especialização em todos os serviços porque não temos residência. Na verdade, temos programa de aperfeiçoamento, de estágio, mas em todas as instituições sobrou vaga de cardiologia pediátrica. [...] Precisamos fazer alguma coisa que permita um trabalho, ou que atraia as pessoas que gostariam de trabalhar nesta área de atuação, nesta especialidade[...] A idéia é tentar uniformizar a formação do cardiologista pediátrico, quer venha ele da pediatria, quer venha da cardiologia para tentar ter isso que a gente chama de centro de atendimento ao portador de cardiopatia congênita. Assim, independeria estar dentro de um hospital pediátrico ou cardiológico”. [...] Por isso a proposta de mudança do nome do Departamento que ainda é chamado de Departamento de Cardiologia Pediátrica, para Cardiologia Pediátrica e Cardiopatias Congênitas. Atenção do feto à idade adulta, bem como às cardiopatias adquiridas da infância, como a febre reumática, a endocardite” (CP1).

Esta preocupação é ressaltada por Hoffman, Kaplan e Liberthson (2004), ao acentuar que a sobrevivência dos pacientes com doença cardíaca congênita, tratados ou sem tratamento, se espera produzir um grande número de adultos com enfermidades congênitas, e é provável que muitos mais cardiologistas de adultos tenham que ser capacitados para administrar lesões congênitas moderadas e complexas.

Na compreensão dos entrevistados ligados às entidades médicas da especialidade, algumas estratégias devem ser executadas para atrair jovens médicos:

“É um projeto de sacrifício pessoal, de mobilizar as pessoas que ele conhece para ajudar. Quer dizer, tem um ônus muito grande que a remuneração do sistema não permite” (CC5)

“Agora, uma das coisas que eu acho fundamental, para uma área de altíssima complexidade, como é a cardiopatia congênita, é uma remuneração adequada[...] Tem que ter toda uma formação dos profissionais: do anestesista, do cirurgião, do perfusionista, intensivista, do cardiopediatra. Todos têm que ter o foco pra cuidar da criança. E isto requer muito treinamento, preparo, e requer uma remuneração adequada para que haja estímulo, tanto para o profissional quanto para a instituição” (CC1).

“Quem vai ser o profissional que vai se submeter a sair do seu centro para outro lugar que tem condições muito piores, e na grande maioria das vezes, por uma condição salarial muito pior? Esse profissional não existe! [...] Aí entra o papel do Ministério, das secretarias, ou do Governo propriamente dito, o papel de uma política adequada. Onde precisa aparelhar e estruturar as instituições que vão oferecer o tratamento para essas crianças e dar possibilidades para que os profissionais possam trabalhar. [...] Oferecendo um salário digno, condição de trabalho, assim que a coisa funciona” (CC2).

“Eu acho que a maneira de estimular é permitir que a atividade seja suficiente para que ele tenha uma subsistência dentro dos padrões que se espera de um profissional daquele porte. Quer dizer, o indivíduo para fazer uma cirurgia de cardiopatia congênita, ele vai ter enfrentado um curso médico, ele vai ter feito residência em cirurgia geral, ele vai ter mais uns quatro, cinco anos para fazer cirurgia cardíaca e principalmente pediátrica. [...] Como um cirurgião altamente especializado capaz de resolver coisas realmente graves, delicadas, exige uma estrutura de trabalho. A cirurgia de congênito não é só um cirurgião” (CC5).

Sendo assim, há a defesa de que o ressarcimento financeiro deve ser proporcional ao desprendimento pessoal, investimento de tempo, dinheiro e ao comprometimento profissional, o que seria um atrativo para jovens médicos somarem-se aos quadros hoje insuficientes. Segundo os entrevistados, o incentivo à formação de mais profissionais e à reestruturação de serviços capazes de atender as demandas regionais deveriam ser objeto de uma política de Estado.

Dois modelos de instituições estão habilitados pelo SUS para atender os portadores de cardiopatias congênitas: hospitais de adulto com departamento de cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica e hospitais infantis com departamento de cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica.

A avaliação é que o fato de a instituição ter excelência no tratamento das cardiopatias dos adultos não implica que pode replicar isso com sucesso para o tratamento das lesões congênitas ou adquiridas do grupo pediátrico.

“Não é porque um hospital faz mil operações de coronária por ano que deve fazer cirurgia de congênito. Esse hospital vai ter que se diferenciar para fazer cirurgia de congênito. [...] Ele vai perder criança! Eu sei porque nós sofremos isso aqui dentro do processo até que conseguirmos individualizar nossa terapia intensiva infantil, nós vivíamos esse problema. Então acho que outros lugares não precisam replicar uma experiência desagradável, tem que partir daí pra frente”(CC4).

“Não existe um modelo ideal para um país tão grande e desigual como o Brasil. É preciso conhecer bem a realidade de cada cidade, de cada estado, para usar racionalmente os recursos existentes” (CC6).

Parte dos entrevistados entende que a mesma instituição que realiza cirurgias cardíacas no adulto pode também oferecer tratamento às crianças, contudo fizeram algumas ponderações, relacionadas principalmente à necessidade de infraestrutura e de pessoal voltados especialmente para o atendimento da clientela infantil.

“Não vejo incompatibilidade que dentro de um serviço de cirurgia cardíaca geral tenha serviço de cirurgia cardíaca pediátrica [...] mas ele tem que ser segmentado. Os profissionais têm que ser os mesmos para cada segmento. O modelo adotado na instituição é do cuidado ao portador da cardiopatia congênita da criança ao adulto. [...] Agora não impede que um serviço que pratica a cirurgia cardíaca de adulto, opere um adulto com um defeito congênito. Agora, se isso pode ficar dentro da cirurgia de congênito é melhor” (CC1).

“Uma instituição hospitalar, que ao fazer cirurgia cardíaca de uma maneira geral e deseja fazer a cirurgia de congênito, isto tem que ser conceituado de maneira particularizada, individualizada, e não misturada. Tem que ter uma área de internação própria para criança, tem que ter pessoas da área clínica, pessoas da área de ecocardiografia, de cateterismo e de cirurgia diferentes daqueles que vão operar pacientes adultos, portadores de cardiopatia adquirida. Isso é totalmente diferente. [...] Eu acho que um hospital pode ter a sua área de cardiopatia congênita com internação, diagnóstico e cirurgia independentes, mas integrados numa comunidade hospitalar que trata outros tipos de problema e dá respaldo a tudo” (CC4).

Já em relação às instituições que atendem exclusivamente crianças, um dos entrevistados considerou algumas limitações que devem ser superadas em nome da integralidade da atenção:

“Hospitais que atendem apenas pacientes abaixo de 18 anos atualmente é uma limitação, tem que haver atenção integral. Isso precisa ser repensado porque na realidade, se você tem toda uma infra-estrutura preparada para uma criança de baixo peso, não é a mesma de adulto” (CC1).

Por entenderem as limitações de ambos os tipos de instituições, sinalizaram para a criação de centros de tratamento de cardiopatias congênitas.

“O hospital pediátrico que cuida da cardiopatia congênita vai ter muita dificuldade para conseguir dar a assistência aos pacientes de cardiopatias congênitas que ultrapassaram a idade pediátrica, adultos e adultos jovens e essa é uma população em franca ascendência[...]. Então, me soa muito mais lógico uma instituição cardiológica que dê assistência a pacientes portadores de cardiopatia congênita de qualquer idade, como é a maioria dos modelos dos centros. É mais difícil você aparelhar uma instituição pediátrica com uma estrutura para cuidar de adulto, do que aparelhar uma instituição cardiológica com uma estrutura para cuidar de criança” (CC2).

“Talvez uma ou duas grandes instituições no país voltadas ao tratamento das cardiopatias congênitas pudessem ser replicadoras de conhecimento e tecnologia nessa área, seria importante. Num país com dimensões continentais, seria muito difícil termos hospitais específicos em cada área [...]. Em determinadas condições em que haja o consenso de haver centros importantes ou de referência para o tratamento de determinadas cardiopatias complexas tipo hipoplasia de coração esquerdo. Embora eu não seja totalmente a favor, aceito[...]. Então se a gente

quiser conseguir um resultado melhor, talvez a concentração dos casos em centros que tenham condições máximas e melhores para trabalhar com esse tipo de criança [...] seja a idéia”(CC4).

“Uma vez portador de cardiopatia congênita, mesmo operado, o indivíduo necessitará de acompanhamento e dependendo da cardiopatia pode ser necessário outros procedimentos cirúrgicos ao longo da vida. Assim, o ideal seria uma instituição em que houvesse comunicação entre os pediatras e os médicos de adultos, uma continuidade no tratamento sem haver quebra e isso pode acontecer deste que haja ou que se crie um convênio entre uma instituição pediátrica e outra que faça só adulto”(CCE).

Segundo esses discursos, os entrevistados apontaram para a criação de centros especializados em que, independentemente da idade o paciente, com problema cardíaco congênito encontraria ali e atenção de que necessita. Alguns desses centros também seriam formadores de profissionais das diversas áreas, funcionando como replicadores de conhecimento. Os representantes das entidades médicas da especialidade também ponderaram a possibilidade da manutenção de hospitais voltados ao tratamento de adultos ou mesmo de hospitais infantis, desde que esses oficializem convênios com hospitais que realizam cirurgias cardíacas de adultos ou de crianças, e que tenham equipes habilitadas ao tratamento demandado pelos pacientes. Essa estratégia seria uma forma de potencializar a rede de instituições de saúde em regiões com deficits importantes de procedimentos. Essas argumentações são corroboradas pelo pensamento de Oechslin e Hoffmann (2001), que preconiza centros de referência suprarregional com cardiologistas treinados para cardiopatia congênita em adultos e crianças e experientes nas suas necessidades especiais, problemas e gestão desta população única. E conclui, dizendo que a estreita colaboração entre cardiologistas pediátricos e de adultos participando conjuntamente no cuidado dos pacientes da enfermidade cardíaca congênita é muito importante.

Quando se indaga sobre o registro de cirurgia cardiovascular pediátrica, os entrevistados foram unânimes em ratificar a sua importância e necessidade.

“As coisas estão amadurecendo. As necessidades estão aparecendo. Você não tem outra alternativa”[...]. “Precisa ter racionalidade, uma objetividade, procurando, digamos, obter o melhor resultado. Você tem que ter informações. Isso é básico!” (CC1).

“Banco de dados para a gente fazer qualquer coisa é fundamental. Nós temos que saber como é que vamos fazer isso aí” (CP1).

“Eu sou francamente favorável ao registro! O registro é o nosso banco de dados[...] Quando você se submete a um registro, você se expõe muito. Se o registro for simplesmente fornecer número de casos operados é uma coisa, mas os registros na verdade precisam fornecer número de casos operados, mortalidade, incidência de complicações, evolução, ou seja, tudo que gira em torno. O nosso profissional, em geral não tem uma cultura muito clara neste sentido. Qualquer registro que você se submeta, ou seja, você vai está sendo controlado, você vai estar sendo absolutamente policiado”(CC2).

“Ele é não só necessário é fundamental, moral e ético! Uma Sociedade que esconde o que fazem os seus membros, a performance dos seus membros, fica muito difícil

tentar salvar uma Sociedade dessa! [...] O formulário preenchido condiciona o setor público fazer avaliação de qualidade. Avaliação de qualidade deveria implicar em melhoria de investimentos. Quem trabalha melhor, quem produz melhor, quem produz com mais consistência e de melhor qualidade, tem que receber recurso para ampliar essa coisa! E o que é que acontece? As pessoas certamente sabendo que os seus dados não são favoráveis, não dando esses dados, ele faz com que a própria Sociedade a que ele pertença fique sem condição de informar as autoridades públicas e a própria Sociedade fica com dificuldade de lutar por programas nacionais porque ela não tem dados! E os dados que ela tem que captar do serviço público também são incompletos. Portanto, nós temos que nos basear nas Sociedades internacionais que fazem dos seus registros um instrumento de coação para que os investimentos públicos possam ser direcionados de forma competente para áreas de melhor atividade, com melhor performance” (CC3).

“Hoje não se concebe mais a execução de um tratamento de saúde em qualquer área da saúde, inclusive da saúde pública, sem ter o controle estatístico das possíveis eventualidades. É a única forma de você começar a entender o que está acontecendo com a doença no país. [...] As sociedades são obrigadas a terem seus bancos de dados para poder mostrar, ser o espelho deste serviço para a comunidade, para a estrutura governamental que quer saber como é que andam as coisas nesse campo” (CC4).

Do mesmo modo que os sujeitos respondentes dos questionários, também os representantes das entidades associativas se manifestaram inteiramente favoráveis à implantação do registro de cirurgia cardiovascular pediátrica. Invocaram em favor da estratégia diversos argumentos, como contemporaneidade, transparência dos dados, suporte para busca de financiamentos e instrumento de pressão para a formulação de novas políticas públicas. Realçaram a fundamentação que pode advir dos dados para reestruturação da política e das possibilidades de criar estratégias de enfrentamento dos fatos que alarmam a todos, em torno de 62% dos cardiopatas congênitos sem assistência.

Dois outros aspectos devem ser expressos ainda. Apesar do consenso sobre a necessidade do banco de dados, há uma atitude de insegurança em relação a como o Poder Público utilizará os dados, se os responsáveis por seu lançamento serão fidedignos. A sociedade, por sua vez, tem tido uma atitude expectante, eximindo-se de ser provocadora na efetivação desta ferramenta entendida como fundamental para o futuro da especialidade. Subjacente à situação retratada há certamente, um conflito de interesses.

Conforme referido quando da apresentação dos dados obtidos com os questionários, houve a sinalização de que os dados sejam fornecidos compulsoriamente, ou seja, vinculados ao pagamento da AIH. Nas entrevistas, os representantes das entidades médicas da especialidade aventaram a possibilidade de os dados não serem confiáveis, pelo temor dos profissionais em revelar resultados, além dos publicados e tidos como aceitáveis, e serem punidos judicialmente ou com a perda do credenciamento ou ainda que os dados sirvam para comparações entre instituições concorrentes.

“Registro é conhecer nossa realidade, saber quem nós somos, onde nós estamos, e tudo mais[...]. Quer dizer, esse registro precisa ser coordenado e organizado pela Sociedade para que a gente não corra o risco de ser punido ou não pelo Ministério da Saúde, ou seja lá por qual for a entidade envolvida no controle desse registro[...]. Por isso eu acho importante que a Sociedade tenha o controle do registro e seja o coordenador e o captador das informações do registro” (CC2).

“Normalmente o que acontece é que os registros que são compulsórios trazem um desconforto para as equipes, por exemplo, que não têm bons resultados. Eles têm medo provavelmente de perderem o seu credenciamento, preferem não entregar os seus dados. Outra coisa importante é a auditoria desses dados. Porque existe uma possibilidade, por exemplo, da entrega de dados que não são condizentes com a realidade que aconteceu. Então, não existe no nosso país uma cultura de se entregar as performances das diferentes instituições, ninguém gosta de ser avaliado, principalmente profissionais que disputam com outras instituições, excelência de trabalho” (CC3).

“Deve existir obrigatoriamente, ligada ao pagamento. Embora seja necessário um período voluntário para implantação, adequação da estrutura e validação do processo” (CC6).

Portanto, os entrevistados entendem que os riscos poderiam ser superados se a sociedade estivesse à frente da captação, disponibilização e análise dos indicadores.

Apareceram como pontos importantes no gerenciamento o sigilo dos dados e a quem deve ser explicitado. A criação de críticas no sistema e regras para sua divulgação foi apontada como solução.

“Esse banco de dados ele tem que estar disponível na Sociedade da especialidade e no MS. [...] Não pode ser um dado aberto à população, aberto à imprensa! Ela tem que ser aberta exclusivamente para aqueles que vão ter interesse de desenvolver políticas públicas” (CC3).

A responsabilidade de auditar os dados foi dividida entre o gestor e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, havendo um entrevistado sinalizado para a necessária presença de representante da instituição de origem dos dados a serem auditados.

“Esses dados precisam ser auditados por um conjunto de profissionais que tenha: um elemento gestor que paga a conta, um elemento do local onde está sendo auditado e um elemento da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular” (CC3).

Outro argumento utilizado em favor da sociedade como gerenciadora do registro é a necessidade de incorporar dados de instituições privadas que trabalham apenas com pacientes segurados por convênios, ou mesmo de entidades filantrópicas que tratam estes pacientes sem remuneração de qualquer fonte pagadora.

“O próprio SUS poderia gerenciar os dados e disponibilizar à sociedade. Nem precisaria ser o próprio SUS, mas é que o SUS, na realidade, é o grande pagador. E aqui no Brasil quem tem o poder econômico na mão é quem manda!” (CC1).

“A execução deveria ser feita pelo Governo e a funcionalidade do banco deveria ser gerido pelas sociedades” (CC4).

“O Departamento assumira a coordenação do banco de dados, faça o diagnóstico, auxilie e seja parceiro do ministério” (CCE).

Vale acrescentar que os sujeitos fizeram considerações de cunho operacional relacionadas a dificuldades de preenchimento do formulário que alimentará o banco de dados, ressaltando: a complexidade do formulário que exige ser ele manuseado por várias pessoas de setores diferentes das instituições; o preenchimento agrega um serviço a mais às instituições sem ressarcimento para tal.

O que vem sendo exposto demonstra que os membros das sociedades médicas percebem a complexidade do cenário em que estão imersos e, por estarem diretamente envolvidos, fizeram diversas sugestões que visam a tornar possível o atendimento de forma equânime deste segmento da população. Segundo Pessini e Barchifontaine (2003), promover saúde significa intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços. As políticas de saúde existem no sentido de implementar estratégias governamentais que visam a corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais.

Eis as principais sugestões:

“Mapear exatamente esse cenário, o quanto está sendo atendido. Não interessa o resultado depois do atendimento, depois da operação, isso é outra coisa. Ver exatamente a diferença entre demanda e atendimento e a partir daí aplicar ações com contundência para favorecer a população”(CC1).

“Precisamos saber quem nós somos, quantos grupos nós formamos. Temos uma idéia disso em função dos dados do Ministério. Mas, enquanto Sociedade, departamento, conhecermos detalhes mais específicos. Por exemplo, não se pode excluir serviços, que não são serviços de SUS, mas que têm movimentos enormes, de 400, 500 cirurgias por ano ou hospitais que atendem convênios e ou têm projetos filantrópico de cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica[...]. Reconhecer as demandas reprimidas ou não, quais as demandas de cada centro. Identificar onde que nós estamos falhando, e onde é que a gente precisa ter mais gente trabalhando”(CC2).

Sendo assim, as estratégias sugeridas para o incremento das atividades em cirurgia cardiovascular pediátrica indicam primeiramente a obtenção de um diagnóstico preciso da situação em relação às demandas, frequência e distribuição de procedimentos, investimentos no setor, número e distribuição de serviços e de profissionais. A partir daí, entendem, é que deveria ocorrer um planejamento fundamentado de ação.

Sinalizaram para a importância de propagar as necessidades da clientela da especialidade e fazer os técnicos e gestores do MS reconhecê-las. Também apareceu uma clara preocupação com a atitude de determinados gestores de hospitais que, argumentando a elevada mortalidade de crianças por cardiopatias congênitas, tendem a desviar recursos para outras necessidades.

Tal como apareceu nos questionários, entre os representantes das entidades médicas, a formação profissional foi destacada em todos os discursos como uma questão que limita a operacionalização da política que se avaliou nesta pesquisa:

“Falta profissionais competentes para tratar as cardiopatias, principalmente de criança de baixo peso e as mais complexas. Não é o cirurgião cardíaco geral o habilitado a fazer essas operações! Quem deve fazer essas operações são os profissionais que terminaram uma residência em cirurgia cardiovascular e completam a formação em cirurgia cardiovascular pediátrica. Então, a falta deles é o primeiro obstáculo ao aumento de procedimentos” (CC3).

“Deve haver estímulos para os jovens se dedicarem mais à cirurgia de congênitos, e esse estímulo, deve ser originado em várias frentes” (CC4).

“Nós fomos formados operando adulto e criança. Mas os mais jovens eles são formados operando predominantemente crianças, predominantemente adultos. [...]. Não se consegue fazer todo o trabalho do mundo. Se você conseguisse tinha só você. [...] Precisa preparar gente para poder ampliar e multiplicar. E talvez o médico seja um dos raríssimos exemplos de ensinar para os outros para vir fazer concorrência para ele” (CC5).

“Tornar os centros especializados, centros de treinamento” (CC6).

“A cirurgia cardíaca pediátrica brasileira ainda depende, fundamentalmente da capacitação do cirurgião e da vontade dele de realmente fazer aquela especialidade, porque do ponto de vista de remuneração são poucos os cirurgiões cardíacos brasileiros que sobrevivem exclusivamente da cirurgia cardíaca pediátrica. Então tem que haver uma diferenciação não só na remuneração, como na capacitação dos hospitais para suportar esse tipo de especialidade” (CCE).

Os sujeitos associaram a esses argumentos a necessidade de as sociedades se colocarem como indutoras na formação e aprimoramento profissional e ainda identificando e credenciando centros que possam dar ao profissional formação global na área específica de cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica, bem como das doenças congênitas do coração em todas as faixas etárias. Este profissional deveria, como reconhecimento e estímulo, ser remunerado de forma a atender suas necessidades, compatível com o esforço e de aprimoramento continuado.

Outras falhas foram apontadas:

“Outra falha é a dificuldade de acesso à instituição. Ou seja, muitas dessas crianças que podem até ter feito o diagnóstico não conseguem chegar a um tratamento[...]. Todos esses fatores estão conjugados, diagnosticamos pouco e o diagnosticados têm dificuldade no acesso ao tratamento cirúrgico [...]. Parte do problema é que faltam centros, cirurgiões, cardiopediatras, enfim falta possibilidade de operar todas as crianças que aparecem. Hospitais se descredenciam do SUS, reduzem leitos de UTI perpetuando as filas[...]. Diagnóstico pré-natal, se você tem uma população que faz ultra-som obstétrico, morfológico simples, nem que seja para saber o sexo do bebê, esse profissional pode ser importante na triagem de uma eventual suspeita de cardiopatia congênita e encaminhar para um serviço que possa fazer o diagnóstico e acompanhamento da gestação. [...] Toda criança que nascesse pudesse pelo menos ser auscultada, examinada por um pediatra, neo-natologista e em caso de suspeita encaminhada ao cardiopediatra. Para tanto se torna necessário o treinamento daqueles profissionais”(CC2).

“Garantir acesso sem limite de teto; criar critérios para normatização de centros especializados sem limitar os demais” (CC6).

Dar acesso ao diagnóstico e tratamento é expresso como uma das estratégias para incremento dos procedimentos cirúrgicos, sendo que a realização do diagnóstico é apenas uma etapa que não tem resolubilidade. Esta deverá estar associada à necessidade de acesso dos pacientes às instituições que realizam acompanhamento em diversos níveis e também o tratamento cirúrgico quando se faça necessário. Difundir conhecimento para outros especialistas, como ultrassonografistas, neonatologistas e pediatras, é a estratégia apontada por alguns no sentido de reconhecer ou suspeitar in-útero, ao nascimento ou durante o acompanhamento para que se façam os devidos encaminhamentos aos centros especializados para confirmação e tratamento adequado, ou seja, ações de “assistência básica de saúde”. Seria uma forma de potencializar a rede de assistência à clientela.

Tornar as instituições resolutivas e preparadas para as intervenções, corretivas que se façam indicadas, sem limitações quanto à complexidade da doença ou à gravidade do doente, permitiria maior agilidade no tratamento, sem que haja necessidade de novas intervenções. Isso demanda investimentos estruturais, com a criação ou ampliação de espaços específicos, por exemplo, unidades de terapia intensiva, ambulatórios, salas cirúrgicas, laboratórios de cardiologia intervencionista, cardiologia fetal, entre outros. Tão importante ou mais é o investimento em pessoal dos vários setores e profissões.

Todas essas estratégias se repetiram nos discursos. Do mesmo modo, entre esses sujeitos a necessidade de ressarcimento adequado para estruturação e reinvestimentos foi considerada importante para que não se reduza o número de instituições interessadas em entrar ou manter-se parceira no tratamento das cardiopatias congênicas e das doenças adquiridas do grupo pediátrico.

“Remunerando adequadamente, o profissional se sente valorizado e tem a contrapartida da melhoria do conhecimento, do aprimoramento. Remunerando adequadamente a instituição, a instituição tem a contrapartida em fazer investimentos, em buscar as soluções e procurar profissionais adequados” (CC1).

“Preparação de profissionais para a área, ter unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, unidade de pós-operatório, investimento em equipamentos, envolvimento da instituição com o atendimento dessa população, ter políticas públicas locais para que haja um direcionamento, um investimento público além do investimento da instituição[...]. Há custos na manutenção de um serviço de cirurgia cardíaca pediátrica relacionados à remuneração profissional e da própria instituição, não deixando margem para re-investimento, aparelhamento e aumento da capacidade instalada. Geralmente a instituição opta por outras especialidades menos dispendiosas” (CC3).

“Criar incentivos para os que se especializarem” (CC6).

O argumento adicional está relacionado à política que deve ser abrangente, e ter por base o entendimento de que, para cuidar desses pacientes, necessita ressarcir as instituições de forma condizente com os investimentos feitos, pagar o justo à indústria e

valorizar o trabalho profissional. É um sistema complexo que não se mantém em equilíbrio se faltar algo na estrutura de sustentação.

Conforme demonstrado anteriormente, os centros preparados para prestar uma atenção integral e resolutiva à clientela em apreço estão concentrados principalmente nas regiões Sudeste e Sul. Um dos entrevistados ressalta isso:

“Um das razões das desigualdades se refere ao nível de instituições preparadas para procedimentos complexos. Os maiores volumes de hospitais e de procedimentos complexos estão centralizados em regiões que tradicionalmente tem hospitais de grande porte. E só recentemente a região Norte e Nordeste construiu ou preparou hospitais que podem atender a alta complexidade com competência. Então nós temos nichos de excelência espalhados por essa região, e a única possibilidade de a gente poder equalizar isso, porque o nível de crianças que nascem com cardiopatia congênita por um milhão de habitantes é igual em qualquer parte do país, é investimento direcionado, computando a população, “lincando” o aparecimento desses serviços nessas instituições ao volume de pacientes possíveis daquela região. Investimento público, investimento privado e uma organização nacional para que se direcione para essas áreas”(CC3).

Para sanar a problemática, a proposição feita é replicar alguns centros de grande porte nas várias regiões e assim enfrentar as demandas. Para resolver as iniquidades regionais relacionadas ao acesso e tratamento destes pacientes, são necessários investimentos públicos, investimentos privados e uma coordenação nacional que sustente o direcionamento prioritário para as áreas que demandam tais medidas.

Vale ressaltar que houve um sujeito que defendeu o retorno às antigas regras, todos fazendo tudo, com o controle baseado na autoavaliação. Essa perspectiva estaria em franco desacordo com o momento atual da assistência em saúde no Brasil, desconhecendo todos os princípios que fundamentam o SUS.

Outra estratégia apontada para enfrentar a demanda e evitar que aumente é a realização de intervenções preventivas.

“Temos um programa dentro do Departamento de Cardiologia Pediátrica - DCP com grupos de estudo sobre prevenção. É uma rede de mais ou menos 300 pediatras e cardiologistas pediátricos envolvidos em prevenção de Dislipidemia, hipertensão, obesidade, febre reumática. A idéia é o reconhecimento do programa como uma política de estado” (CP1).

Segundo este discurso, há entre os especialistas uma abordagem ampliada do problema, voltada à prevenção da dislipidemia, hipertensão, obesidade e febre reumática, questões que não tiveram uma definição clara na política sob comentário.

Segundo Pauli (2007), um sistema de saúde que atende apenas à demanda espontânea utiliza de modo ineficiente os recursos, além de produzir baixo impacto sobre a epidemiologia do problema atacado.

Para Arouca (1975), a prevenção representa o estabelecimento de uma nova articulação com uma sociedade em mudanças decorrentes da revolução industrial e a consequente globalização.

Trazer a iniciativa privada como parceira na resolução dos problemas foi outra estratégia aventada.

“Por vezes tenta-se colocar as demandas só nas costas do Governo e fica um pouco difícil, porque a máquina administrativa do governo é muito lenta. Ela absorve os problemas com uma complacência muito grande, e as respostas são muito pouco ágeis. O país está precisando, da chamada parceria público-privada, em que as organizações, as empresas, que tivessem vocação de ajudar na área da saúde, poderiam participar seguramente da programação de novos serviços para tratamento das cardiopatias congênitas, isso associando-se às instituições públicas, portanto, de administração central, governamental” (CC4).

“O governo deveria providenciar que os planos de saúde passem a pagar imediatamente toda correção feita sobre as crianças. [...] Todo plano básico de saúde deveria conter a possibilidade de correção de defeitos congênitos” (CC4).

Essas defesas sinalizam para a inserção, prevista formalmente no SUS, de determinadas instituições privadas na rede de saúde, em complemento à ação das instituições públicas. Os planos de saúde, por sua vez, deveriam ressarcir o SUS por correções realizadas em instituições públicas para tratar defeitos congênitos de seus segurados.

4.7.2 O Discurso Oficial

Conforme já referido, a política sob exame foi formulada em meio a discussões em que se sentaram à mesa, por diversas ocasiões, as sociedades de especialidades médicas e membros do Ministério da Saúde. É importante conhecer o pensamento destes últimos agentes, com discurso próprio e oficial que traduz um momento específico do MS, para avançar na compreensão de dois momentos da política, sua formulação e implementação.

“Percebia-se naquela época que existiam normatizações para a cirurgia cardiovascular como um todo, mas não apontavam a questão da integralidade das ações de saúde. Era uma portaria puramente da alta complexidade, não se discutia o cuidado com o paciente da alta-complexidade, em particular da cirurgia cardiovascular” (EG1)⁴.

“Houve um interesse do ponto de vista do Ministério, acho que sensibilizado pela Sociedade, reconhecendo que esta era uma área, como é até hoje; [...] aonde os investimentos não chegaram à ponta, ou eles não tiveram o efeito previsto [...]. o trabalho que foi publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, constatando que o número de cirurgia cardíaca pediátrica por habitantes era muito abaixo da necessidade”(EG2).

“Foi a busca do discernimento de quais os grupos profissionais que atuavam para melhorar a constituição desses serviços e colocar alguns quesitos de qualidade mínimos como determinou efetivamente a portaria” (EG3).

⁴ EG1; EG2; EG3 – códigos referentes aos gestores do Ministério da Saúde.

Os gestores verbalizaram que houve a constatação de deficits de procedimentos na área da cirurgia cardiovascular pediátrica por meio de intervenções da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, respaldadas em publicação relativa à situação das cirurgias de congênitos no Brasil. A falta de estrutura organizacional na área foi outro ponto referido como motivação para a elaboração da política.

Percebe-se, já neste momento, que existia a intenção de normatizar a especialidade no que se refere à estrutura, bem como às tabelas que deveriam contemplar os procedimentos cirúrgicos.

“Tinha-se uma série de exigências que não eram meramente da cabeça da gente de querer normatizar por normatizar. Era um consenso que havia entre o pessoal da sociedade científica[...]. Tinha-se procedimentos que estavam muito mal pagos, e eram procedimentos de muita demanda: o ecocardiograma, ecocardiograma transesofágico, procedimentos da cirurgia pediátrica. Procedimentos cirúrgicos estavam defasados, tanto da pediátrica quanto de adulto, e tínhamos um problema que era o dinheiro curto. Tinha-se um dinheiro para incrementar a política, ou seja, colocar mais gente para dentro. Acabamos distribuindo mais recursos para política, mas [...] eles estavam previstos para aumentar o acesso”(EG1).

“A necessidade de diferenciar os procedimentos mais complexos, remunerar um pouco melhor. Mas também tentar que a tabela fosse mais próxima da realidade”(EG2).

“O interesse era detalhar ao máximo o que fosse possível, sem um grande impacto econômico, para poder pelo menos começar a olhar a qualidade de serviço”(EG3).

Fica demonstrado que há convergência dos gestores quanto a perceber que antes da formulação havia defasagem no pagamento de procedimentos cirúrgicos, exames e a prestadores de serviços. A pretensão, entretanto, era que o aporte adicional no financiamento deveria ser destinado ao crescimento do número de prestadores, para se reverter em aumento de procedimentos e assim também do acesso. Havia, portanto, um conflito: como os recursos disponíveis eram bastante limitados, se fossem aumentados substancialmente os valores pagos pelos procedimentos da tabela, faltariam recursos para aumentar o número de prestadores e com isso o acesso. A preocupação dos gestores do MS estava centrada em encontrar formas de aumentar a frequência de procedimentos, ampliando o atendimento à demanda, mas sem se aprofundar nas questões de financiamento da infraestrutura das instituições e dos profissionais.

A solução encontrada foi intervir também na tabela, já que havia defasagens importantes. Resultou disso a necessidade de fazer renegociação com a indústria.

Mesmo a mudança de foco alavancada pela defesa fundamentada que a Sociedade fez com detalhamento maior da tabela para a especialidade não proporcionou na reestruturação financeira adequada à especialidade, conforme ficou constatado com os

resultados obtidos nos questionários e nos discursos dos cirurgiões cardiovasculares pediátricos já apresentados.

Mesmo que as entidades médicas tenham sido os interlocutores que sentaram à mesa com os gestores do MS, outros agentes sociais que fazem parte do dia a dia da especialidade e que não foram convidados passaram a exercer pressões de forma explícita por meio de reuniões paralelas ou utilizando algumas das entidades como interlocutoras para defender os interesses da indústria. O discurso seguinte é emblemático, pois retrata outros que se referiram a esse jogo de forças:

“Nosso interesse não era facilitar a vida da indústria. Consciente, inclusive, que a gente ia ter uma briga. Como tivemos. Tipo, ameaça de suspensão de fornecimento. Todas aquelas coisas que quando vai para uma briga dessa sabe que vai acontecer, que ninguém vai ceder [...] Com as indústrias fomos para tentar trazer recurso, para fazer justiça. [...]. Nós injetamos recurso para ampliar acesso, recurso novo[...]Jaio mesmo tempo que você tinha esse povo que chegava perto da indústria, que ficava namorando a indústria[...] Você tinha o time da sociedade científica que ajudava a gente a controlar esses caras, às vezes o embate não era nem nosso era um embate entre vocês[...]. E às vezes, a gente ficava só olhando. Que legal ouvir isso”(EG1).

O discurso deste gestor retrata bem as relações entre Estado, entidades médicas e indústria, onde se manifestaram posturas dispares, surpreendendo os condutores do processo, tanto pelo lado positivo, as sociedades que tinham uma postura coerente, quanto negativamente, com aquelas que se aliavam e até defendiam os interesses da indústria farmacêutica de equipamentos.

A formulação da política foi formalizada com a publicação da Portaria SAS/MS nº 210); e que contemplava a cirurgia cardiovascular pediátrica. Nos anexos da Portaria, contudo, estão discriminados exclusivamente procedimentos de cardiopatias congênitas. E assim ficaram fora os procedimentos relativos ao tratamento valvar para febre reumática em pacientes abaixo de 12 anos, embora o equívoco tenha sido superado mais tarde.

Na sequência dois discursos que retratam mais uma vez as dificuldades internas, os bastidores da elaboração da política sob comento:

“A intenção era criar serviços de cardiologia pediátrica, a princípio. Sabendo que o grande movimento da cardiologia pediátrica são os congênitos [...] aquela portaria tem muitas mãos! [...] a parte mais conceitual, o “A” e eu, o “B” e o “C” estavam envolvidos na tabela. [...] A parte de normatização de estrutura é muito o INCOR e o Instituto de Laranjeiras com a Sociedade. Então, na verdade, ela é meio Frankstein nesse aspecto” (EG2).

“Eu acho que não há essa separação dessa maneira, específica por especialidade. Desde que houve o lançamento da portaria, tem lá explícito: “política integral e integrada”. É o grande desejo e sonho dos brasileiros, e o Ministério se propôs naquele momento a cumprir um pouco essa diretriz” (EG3).

A despeito de um dos discursos fazer referência à diretriz da integralidade, ela passou ao largo, conforme se discutiu em outro capítulo. Ela está mais para uma “colcha de retalhos”, ou Frankstein, com pouca organicidade.

Implementar a Portaria passaria pela habilitação de novas unidades ou recadastramento das já existentes.

“Cedemos em algumas coisas nos equipamentos. O pessoal também, o pessoal a gente bateu firme. Na questão [...] da comprovação da residência dos profissionais. Não cedemos [...] e conseguiram cumprir” (EG1).

“Teve muita dificuldade! Ela era uma portaria muito grande, muito completa. Alguns cirurgiões cardiovasculares que eu conversei, falaram que ela era típica da “suganda”, Suécia e Uganda [...] Que era uma portaria da Suécia para ser implantada em Uganda[...]. Houve exigências que eram difíceis de serem alcançadas [...] De uma forma geral estados do Nordeste e do Norte, tiveram muita dificuldade” (EG2).

“Não houve reclamações maiores. Houve alguma coisa com respeito a recursos materiais, mas esses também foram subseqüentemente adaptados. [...] Não houve grandes infrações, nem houve grandes coisas que não pudessem ter sido sanadas mediante uma simples advertência e uma reinspeção, três a seis meses depois” (EG3).

Há neste momento o confronto do que é legal, normatizado em portaria, e o real, as condições da rede em se adequar a uma nova realidade sem o devido ressarcimento. Sobre isto Sposati (2002) argumenta que existe uma distância entre o perfil legal do País que se mostra avançado, e as condições reais, estabelecendo-se um confronto entre o real e o legal. Ela acentua que, sob o formalismo jurídico, o real é considerado como não legal, como clandestino. Daí a necessidade de um olhar crítico para a relação entre o social, o econômico e o jurídico.

Outro ponto de tensão no cumprimento da norma regulatória foi a adequação do quantitativo e qualificação dos profissionais. Para os técnicos e gestores do MS, a exigência de residência do profissional no mesmo domicílio do serviço tentava resolver um problema crônico na cirurgia cardiovascular que é um único profissional assinar por vários serviços, inclusive fora do estado em que reside.

“A obrigatoriedade de titulação para a enfermagem era maior dificuldade era no Nordeste e Norte” (EG1).

“A portaria corrigiu parcialmente, porque nominalmente ainda existe, um problema muito grave da cirurgia cardíaca no país, que era o fato de um cirurgião sênior assumir “n” serviços como chefe e não deixar espaços para os outros que estavam surgindo. Então, assim, ao se exigir que fosse responsável por apenas um serviço, mesmo que os seus assistentes cobrissem um ou outro serviço, aquele grupo não conseguiria dominar um estado inteiro ou o mundo como estava acontecendo[...]. Algumas sociedades são muito restritivas para titular os seus membros, então, muitos estados não tinham profissionais qualificados... Isso gerou algumas condições quase insolúveis. E mostrou muito a fragilidade da formação” (EG2).

“Os quesitos que ali são solicitados, sobretudo os quesitos de titulação do pessoal que lida com os pacientes, ele foi muito clemente. Foram 18 meses. E as pessoas, efetivamente, a maioria dos serviços cumpriram” (EG3).

Vêm à luz dificuldades que se estendem da infraestrutura à quantidade e qualidade dos profissionais exigidos. Foram colocados no papel desejos relacionados às qualidades de um serviço que não existia naquele momento ou se existiam era em pequena quantidade e distribuído em regiões mais abastadas financeiramente. Esquecem-se das iniquidades regionais e, por conseguinte, da impossibilidade de determinadas ações serem implementadas com sucesso.

Os discursos testemunham que os princípios da integralidade e da equidade, na prática, foram deixados de lado:

“A política foi cega às diferenças epidemiológicas” (EG2).
“Não fiz análise dos relatórios de inspeção” (EG3).

Segundo os gestores, a ideia era deixar a cargo dos municípios e estados a responsabilidade de oferecer atendimento por meio de referência a outras regiões ou estados.

“Você não tem capacidades iguais em regiões e você faz referência para determinados procedimentos” (EG1).
“A política partia da idéia que o município, o estado seria capaz de regular os fluxos de encaminhamento de pacientes que precisavam de cuidado de alta complexidade para as unidades de saúde. O quanto isso é verdade, é muito parcial” (EG2).

A transferência da responsabilidade de executar a referência para os diversos municípios e estados, só é resolutiva se eles tiverem capacidade instalada que permita a necessária complementaridade.

“Era permitir o acesso [...] acessibilidade ao serviço para essa população. E só se consegue dar acesso na medida em que você territorializa o processo e que se trabalha as referências e contra-referências” (EG1).
“Há uma tentativa de garantir a equidade no que tange aos indivíduos de uma mesma região e isso é apenas parcialmente válido. A regulação entre municípios e estados é muito variável e depende da capacidade de cada unidade. É especificamente aonde o poder público é mais fraco, onde exatamente precisaria de uma ação mais forte para garantir equidade, é aonde a equidade está menos garantida. O Ministério tem que partir do princípio que todos têm o mesmo direito e devem ter o acesso com a mesma facilidade; mas isso não é verdade. [...] O mérito da política é forçar a regionalização”(EG2).

A despeito da pretensão de que a política viesse a forçar a regionalização, os dados apresentados no tópico anterior mostraram que essa meta não foi atingida, pois algumas regiões, mesmo com centros de média complexidade instalados, não contam com instituições hospitalares mais complexas que garantam as referências dos casos. Os demais índices

calculados mostraram também que até o momento em que se realizou esta pesquisa a política avaliada se mostrou ineficaz e ineficiente.

A discussão entre os níveis de governo durante a implementação da política focava-se no acesso, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, já que em alguns estados dessas regiões havia o reconhecimento da incapacidade de tratamento no próprio domicílio.

“Quando a gente partiu para os estados para botar a política em prática, a discussão maior era o acesso. Fazer esses territórios de mais ou menos 800 mil pessoas, significa não só definir povo, significa você trabalhar a pactuação integrada. Define-se quantas cirurgias o serviço vai fazer para uma determinada população que pode ser até de áreas ou até de outros estados. Teve alguns estados que fizeram referência para outros estados. Principalmente no Nordeste e no Norte[...]. Além da barreira natural de você fazer uma regulação de vários serviços e desse particularmente, você entra com outra dificuldade que é lidar com gestores de outros estados. O modelo está correto, agora a execução dele é muito complicada” (EG1).

Vale acrescentar que referenciar pacientes para outros estados e outras instituições, já superlotadas pelas demandas locais, é uma meta fadada ao fracasso que resultará na manutenção das já longas filas de espera.

O princípio da equidade passa da possibilidade do acesso para a agilidade do atendimento pela compreensão da gravidade deste tipo de doente.

“A equidade, é um conceito que ele é diverso da igualdade. A igualdade é você tratar todo mundo igual, a equidade é você dar mais para quem tem menos. Você tinha essa premissa na política. Evidentemente, no caso da cirurgia cardiovascular, quer dizer, no entendimento da gente, o dar mais a quem tem menos é você dar [...] aí não é porque o cara tem menos, é ele que precisa de um cuidado muito maior. Quer dizer, você tem que dar mais para aquele que está precisando do cuidado e [...] mais rápido, etc. Na alta-complexidade é muito difícil você trabalhar essa questão da equidade quando você tem várias pessoas numa fila. Quer dizer, você classifica essas pessoas não pelo critério. A equidade aí é dada pela classificação de risco” (EG1).

A agilidade no atendimento é um fator que precisa estar associado ao princípio da equidade no caso das crianças cardiopatas, pois, além do risco advindo da própria doença, há comorbidades como desnutrição ou até mesmo condições socioeconômicas desfavoráveis, que implicam fortemente os resultados dos procedimentos cirúrgicos.

Le Grand (1988), citado por Duarte (2000), chama a atenção para um grande problema ocorrente nos sistemas de saúde quando as necessidades de saúde desiguais são ignoradas, já que os grupos sociais menos privilegiados respondem a determinadas patologias de forma menos competente, exigindo, assim, cuidados mais intensivos. Sendo assim, as políticas de saúde devem estar voltadas para minimizar os fatores produtores de desigualdades nos perfis de morbimortalidade.

Para Neves (1999), a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, por meio de sua redistribuição diferenciada: atribuindo mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades. Nesse sentido, indica a aplicação de dois critérios em especial, o da necessidade médica, como fator de racionalização, e o da igualdade de oportunidades, como fator de acessibilidade universal.

Os sistemas de saúde orientados pela equidade devem atuar na diminuição das desigualdades, as quais estrangulam o desenvolvimento das sociedades, distorcem seu funcionamento e até dificultam a governabilidade (FORTES, 2003).

Promover saúde superando iniquidades requer relações que visem a distribuir responsabilidades, dentre as quais o financiamento. Partindo do fato de que o financiamento da saúde é tripartite, era de se esperar que os vários níveis de governo, de forma negociada, achassem um ponto de equilíbrio na sustentabilidade dos serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica, até porque a política foi pactuada nas três esferas de governo.

“Com relação à política da cardiovascular, ela foi pactuada nas três esferas de governo por conta da tripartite. Agora, no frigar dos ovos, o recurso que foi destinado para a política foi o recurso federal, isso aí você não tenha dúvida[...]. Na alta-complexidade, eu não tenho dúvida, o estado e o município não cooperam com dinheiro[...]. Pode-se até discutir hoje se o que se gasta com saúde é o ideal ou não. Eu acho que não é, está muito aquém do que deveria ser. [...] A crise é do sistema, financeira e de gestão” (EG1).

Sendo assim, a regionalização pouco avançou, permanecendo os estados, DF e municípios basicamente aguardando medidas do nível central. Em outras palavras, o financiamento federal, para dar conta de toda área de abrangência relativa à delimitação populacional estabelecida quando da habilitação do serviço, entretanto, outros trechos de discursos dos mesmos entrevistados revelaram outras questões importantes:

“O financiamento é para fazer para toda a área de abrangência, teve-se esse cuidado, [...] injetou-se dinheiro novo na política [...] em todos os estados, sem exceção! [...]. Mas é recurso federal. E ele era para atender aquilo que estava previsto na política[...]. Outra coisa foi o parâmetro [...] populacional; ou seja, o serviço deveria ter uma referência por número de habitantes, por um território, para poder gerar o número mínimo de cirurgias. Teve-se que associar parâmetros populacionais com parâmetros de capacidade de realizar cirurgias” (EG1).
O serviço novo era financiado pela metade, quando se cumpriam as metas o estado trazia novas demandas e atendia-se, aí o estado voltava daqui a seis meses... [...] Hoje a coordenação é só técnica. Não se tem mais aquele controle, [...] hoje o controle é muito tênue! Então os aumentos de teto passaram a ser muito mais escassos” (EG2).

A estratégia era voltada para o financiamento de novos serviços, o que deveria ocorrer de forma gradativa. À medida que os estados apresentavam as produções, eram

ampliados os recursos para as unidades habilitadas. Pelo exposto, no entanto, com o decorrer do tempo, esse controle tornou-se tênue. Como, na política, o MS não levou em consideração as extremas diferenças regionais, o parâmetro populacional teve que ser associado à capacidade instalada conforme região. Em função disso, como a política não injetou recursos significativos para o equipamento das instituições hospitalares nem instalou novas onde não existiam, diversas unidades da Federação, e mesmo regiões, continuam apresentando deficits de procedimentos, conforme se comprovou anteriormente.

A Portaria ministerial estabeleceu a proporção de um serviço para cada 800.000 habitantes, com o objetivo de proporcionar maior acesso dos pacientes. Além disso, teve o propósito de atingir um número mínimo de cirurgias, julgado necessário para assegurar a qualidade do atendimento prestado pela instituição.

O Ministério passou a exigir primeiro uma parametrização para qualificar a instituição, ou seja, instituições que faziam poucas cirurgias, segundo a literatura [...] não tinham êxito com relação à qualidade dos seus serviços, [...] a mortalidade [...] era mais alta. Exigiu-se um mínimo de cirurgias, acordado com [...] oito sociedades que integravam o grupo naquela ocasião, [...] no sentido de produzir serviços de alta qualidade (EG1).

Chang e Klitzner (2002) asseveram diz que a regionalização do cuidado em cardiologia pediátrica ou a colaboração entre centros regionais tanto pode melhorar os resultados, por concentrar a experiência, como também facilitar a avaliação da qualidade em razão do aumento de volume cirúrgico.

Tomando-se por base o parâmetro inicial de um serviço para cada 800.000 habitantes, a meta inicial seria habilitar 239 unidades de cirurgia cardiovascular pediátrica no País, entretanto, se constata a existência de apenas 66 serviços habilitados. Quando indagados sobre esse deficit, os entrevistados responderam:

“Isso eu não sei te dizer [...] acho que ainda tem estrangulamentos em cirurgia cardiovascular pediátrica. É o que ouço dizer. É um absurdo ter estrangulamento! Porque naquela época só tinha estrangulamento aqui em São Paulo” (EG1).

“Há necessidade de uma definição da Sociedade, em primeiro lugar, de quando e quanto ela quer essa cirurgia cardíaca. Essa discussão é para a Sociedade de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica com o Ministério de Saúde, e a própria Sociedade ser consultada sobre essa necessidade e fazer uma escolha[...]. Se a Sociedade entende que a cardiopatia congênita é um problema grave na sociedade, ela tem que se levantar e exigir que o seu governante lhe forneça os meios. Então, assim, em geral é que nesses estados tem havido uma mobilização da sociedade e uma resposta pontual, caso a caso, da própria governança e isso tem acalmado os ânimos. Não tem havido um maior desastre. Ou pelo menos essa sociedade não sente como um maior desastre. Ou porque é ignorante...” (EG3).

A primeira apreciação sobre esses discursos é o fato de os entrevistados remeterem a responsabilidade de uma nova definição às entidades médicas. Vale ressaltar que

a política em apreço foi formulada pelo Ministério da Saúde/SAS com a participação determinante das sociedades de especialidades e posteriormente percorreu trâmites legais, como consulta pública e aprovação na comissão tripartite. Depois de sua implementação, espera-se que as sociedades, juntamente com o povo, estabeleçam prioridades e cobrem dos gestores locais a operacionalização do que está previsto na política. Considera um dos entrevistados que as ações de governança são contingenciais em respostas às demandas da sociedade e que estas ações têm “acalmado os ânimos” de uma população tida como expectante ou ignorante.

Por outro lado, a ênfase sobre a existência de deficits quando da formulação política recaiu sobre o Sudeste, sem qualquer menção aos deficits de procedimentos existentes em outras regiões. Isso foi dado a conhecer ao MS, inclusive com publicação, em que os deficits mais críticos ocorriam nas regiões Norte (93,5%) e Nordeste (77,4%), ao passo que no Sudeste, a despeito de ser significativo, era bem menor (57,6%) (PINTO JÚNIOR et al., 2004).

Tão importante quanto estabelecer normas é prover recursos para a devida implementação das políticas públicas. Para estabelecer prioridades, deve o gestor, dentre outras estratégias, ouvir a comunidade e promover cidadania.

“Quanto à priorização de recursos, as instituições de saúde devem objetivar satisfazer a quatro condições relevantes: divulgar as ações, rever as estratégias utilizadas, ouvir a comunidade, promover cidadania e direitos” (REELEDER, 2005, p. 2)

Quando o Poder público espera intervenções da sociedade e, sabidamente, a demanda existe, está transferindo para outrem o que é da sua responsabilidade - promover saúde. O Poder público dever ter um olhar diferenciado para as minorias, onde a cardiopatia congênita e também a cardiopatia adquirida do grupo pediátrico se encontram, estabelecendo recursos suficientes para atender as demandas específicas. Do contrário, corre o risco de praticar políticas públicas injustas e discriminatórias contra grupos minoritários.

“A utilização apenas de critérios de custo/efetividade pode resultar em discriminação de grupos humanos minoritários, tais como deficientes e portadores de patologias cuja expressão é de menor magnitude em uma determinada população”(FORTES, 2003).

Os entrevistados não defenderam um número específico de centros para a atenção cardiovascular pediátrica no País, mas a concentração de procedimentos em um número menor de centros como sendo uma opção para proporcionar melhores resultados.

“Os procedimentos de alta complexidade tem uma regionalização diferente porque eles estão mais centralizados. [...] Por vezes, se faz referência para várias macro-regiões, haja vista até entre estados” (EG1).

“A estrutura da cirurgia cardíaca pediátrica é tão pesada que alguma concentração não é perniciosa. Do ponto de vista geral, eu prefiro menos centros fazendo mais cirurgias, uma estrutura mais azeitada do que muitos centros [...] Não precisa de duzentos e pouco centros no país, provavelmente um número menor e eficaz no país, bem distribuído. [...] não tenho esse número mágico aqui” (EG2).

Os discursos refletem que o tempo passado entre a formulação da política, sua implementação e a realização da pesquisa fez com que todos os envolvidos com ela procedessem a uma reflexão. Aponta-se para a conveniência de repensar a própria regionalização, bem como parâmetros propostos isoladamente e que parece mais oportuno fazer associações deles com outros. Mostram, ainda, que o Poder público não pode abdicar de seu papel de articulador e maior responsável pela regulação do que definiu na política.

A NOAS/01 define região de saúde como base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com certa divisão administrativa. Em sua definição, devem ser consideradas as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, bem como a oferta de serviços disponíveis (NOAS-SUS 01/01 (MS, 2001).

Para Somers e Somers (1977), a regionalização é um sistema formal de alocação de recursos com apropriada distribuição geográfica das instalações de saúde, dos recursos humanos e programas, de forma que as diferentes atividades profissionais cubram todo o espectro da atenção. Acordos, conexões e mecanismos de referência devem ser estabelecidos para integrar vários níveis e instituições em um conjunto coerente e capaz de servir a todas as necessidades dos pacientes, dentro de uma base populacional definida.

A distância é um dos critérios enfatizados por Artmann e Rivera (2003), ao estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado. Segundo ele, em países com distâncias gigantescas e diferenças regionais enormes em termos de densidade populacional, é preciso pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros mediante adaptações viáveis e que tragam impactos positivos sobre a situação problemática. A grande questão que ronda as definições na regionalização é garantir o acesso.

Necessária para a efetivação da regionalização é a inter-relação com outro princípio, a hierarquização com, fundamento no fato de que é possível resolver, com eficácia determinados conjuntos de problemas de saúde com funções de produção de complexidades distintas e, portanto, com diferentes custos sociais escalonados por níveis de atenção. A hierarquização é determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a

complexidade tecnológica exigida em cada nível e no nível do sistema como um todo (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Outro ponto abordado foi da necessidade de oferecer aos pacientes uma atenção voltada à integralidade:

“Acrescentou-se outra questão que era a necessidade desse serviço cuidar do paciente em outras esferas. Ele tinha que prestar serviço ambulatorial, porque as normatizações anteriores do Ministério permitiam que o serviço fizesse só cirurgia. Não servia, não funcionava como sendo uma referência para aquele território na área de cardiologia, ou pediátrico ou adulto[...]. Mas você tem que oferecer também umas consultas de ambulatório, exames...” (EG1).

“Os programas verticalizados, eles são muito desorganizadores da assistência se eles não forem muito bem integrados na rede. A política, ela sempre viu muito ou o procedimento da ponta, ou o cuidado muito básico: pré-natal, hipertensão... E o meio, que é o doente cardiopata, seja criança ou adulto, ele nunca teve uma visão igual a que a gente gostaria.[...] A integralidade, quer dizer, tirar esse grande espaço que existe entre o atendimento muito especializado da cirurgia cardíaca, do marca-passo de alto custo e o atendimento da atenção básica” (EG2).

Serviços de alta complexidade tendo a obrigação em atender ou desenvolver ações de atenção primária, preventivas, certamente, podem encontrar algum tipo de dificuldade. No acompanhamento dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, contudo, isso é de fundamental importância, porque muitos deles podem vir a necessitar de novas intervenções.

Segundo Pauli (2007), os problemas de saúde ocorrem com frequências relativas diferentes, variando de problemas mais raros até aqueles mais comuns, em que a capacidade resolutive dos níveis de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no nível de atenção primária, numa prática que é capaz de estruturar e manter os três níveis de atenção dentro de seus limites territoriais. Esses elementos que se manifestam na relação da oferta com a demanda caracterizam, em parte, o espaço em que se inscrevem o limites e as possibilidades da integralidade nos distintos níveis da atuação.

A despeito de as ações de prevenção estabelecidas na Portaria SAS/MS nº 210 parecerem de execução difícil pelas unidades estruturadas para atender demandas terciárias, ou seja, de alta complexidade, no acompanhamento pós-operatório e de reabilitação, as ações de prevenção secundária e terciária são de fundamental importância no cuidado daqueles submetidos a correções cirúrgicas.

Malgrado ter feito um discurso em prol da integralidade, o sujeito EG2 posicionou-se desfavorável a que as instituições hospitalares englobem ações dos níveis diferentes da atenção ao paciente cardiopata:

“Eu acho um erro atribuir ao serviço essa função. Eu acho que o serviço tem que colaborar com o gestor... acho que essa é a função do município e do estado. [...] Então, a tarefa no plano de prevenção de doenças vasculares é atribuição do município e do estado. [...] Eu acho um erro grosseiro dessa portaria! Isso é uma confusão de atribuições [...] A prevenção não se faz no hospital (EG2).

A posição do gestor representa a complexidade do pensamento, também, dos especialistas, havendo os que são favoráveis e os que não concordam com as determinações presentes na política quanto às ações de prevenção serem executadas nas instituições terciárias.

Na política sob avaliação, há a pretensão de estar voltada também para a prevenção, entretanto, não foram regulamentadas ações de promoção da saúde. Veja-se a que se deve este fato;

“O que não são reconhecidas são todas as estratégias de prevenção, todo esse escopo de treinamento e, digamos assim, de olhar privilegiado para que as coisas ocorram. E não houve, tão pouco, uma diretriz clínica determinando quais ou regulamentando quais são as ações específicas para efetivar esta linha de ação. Houve bastante discussão a respeito no início, contudo o Ministério, alta complexidade, entendeu naquele momento que nós não estávamos na portaria fazendo diretriz clínica. Nós estávamos determinando os recursos mínimos para poder efetivar uma cirurgia cardíaca com alguma qualidade” (EG3).

A primeira consideração a ser feita relaciona-se ao fato de a política ter sido concebida em um departamento do MS responsável pela alta complexidade. A despeito de ter havido por parte de alguns integrantes daquele departamento a intenção de implantar uma política que englobasse a prevenção, a falta de recursos fez com que a portaria priorizasse as ações de alta complexidade. Com isso, manteve-se no texto apenas a referência a ações de integralidade como obrigatoriedade das unidades hospitalares habilitadas. A tabela de procedimentos, por sua vez, não tem qualquer detalhamento sobre isso, já que sua inclusão envolveria o planejamento de mais investimento financeiro. Portanto, predominou o esforço voltado exclusivamente à cirurgia cardiovascular.

“Embora existisse todo esse esforço para detalhar o mais possível, não havia nenhum dinheiro adicional. Então, muitas coisas que quisemos detalhar não pudemos, não foi permitido porque haveria um impacto” (EG3)

A implantação do registro de cirurgia cardiovascular foi regulamentada pela política e deveria ocorrer até 120 dias, a contar da publicação das portarias, fato que até hoje não aconteceu. Eis como os gestores explicam esse fato:

“Chegamos num problema que é complicadíssimo! Que é o problema do DATASUS. O problema administrativo foi muito importante. Esse eu me lembro! [...] Para estabelecer esse registro tinha um ator que era importantíssimo, o DATASUS. A dificuldade [...] acho que continua a mesma até hoje” (EG1).

“O Ministério depende do DATASUS para informática. E precisa depender mesmo. Se cada setor começa a fazer seu sistema vira um caos! E o DATASUS tinha outras prioridades como: a unificação da tabela; [...] a regularização do sistema de AIH e não tinha como prioridade os registros” (EG2).

“Existiram interesses diversos entre eles um evento particular no DATASUS que foi a migração para reestrururação das tabelas de ambulatório e internação” (EG3).

Portanto, uma das razões apontadas para a não-implantação do registro é a alegada falta de interesse ou de disponibilidade do DATASUS para tal. Na sequência, somam-se outros argumentos:

“O DATASUS trabalha com programas feitos com linguagens muito simples [...] e o registro exigiria uma programação muito mais avançada para dar conta das necessidades específicas de cada especialidade [...] é um empreendimento em si difícil, tortuoso, caro, conflituoso! [...] o registro é importante e precisa ser um empreendimento de muita gente e exigiria que tivesse tido uma atenção especial. [...] tem tanta coisa faltando também, que às vezes fico achando que pode parecer capricho” (EG2).

É evidente que há complexidade na elaboração de um registro em especial para cardiopatias congênitas, o que requer programação sofisticada, que abarque a diversidade de doenças e fatores de risco que impactam nos resultados; mas é uma ferramenta que tem sua importância reconhecida na literatura, inclusive internacional. Por essas razões, o argumento de que é um procedimento caro, ou que representaria até um refinamento desnecessário, não se sustenta.

O retardo na implantação tem, certamente, como uma de suas causas mais consistentes o conflito de interesses no qual está envolto, já que possibilitará a avaliação das instituições hospitalares credenciadas, da assistência que prestam e seus resultados no combate ao problema de saúde.

“Eu acho que ninguém está disposto ou tem condições de comprar essa briga dessa maneira. Porque a culpa sempre cai no cirurgião e é muito perverso isso! Quer dizer, num hospital que não tem pós operatório adequado a mortalidade é altíssima, mas a culpa é sempre do cirurgião. A imprensa vai lá [...] começa por aí”. (EG2)

Gerir as informações que vão compor o registro tem implicações inclusive éticas, que necessitam de aprofundamento nas discussões para definir quem deve controlar tais dados, já que cada instituição, sociedades e MS, tem necessidades específicas, umas mais científicas, a outra mais de controle de qualidade e custos. Para os gestores entrevistados, o MS deveria ser o controlador destas informações, opinião conflitante com a dos diretores de sociedades, bem como da maioria dos cirurgiões submetidos aos questionários.

“Na minha concepção, um banco de dados nacional, teria que ser gerido pelo Ministério. Os registros tinham implicações em várias áreas, em várias questões da cirurgia cardiovascular, tinha as implicações paramétricas, no controle da qualidade e no controle das próteses. Controle das indústrias também” (EG1).

No entendimento dos gestores do MS, o fornecimento das informações deveria ser compulsório, pois, só assim, seria capaz de reduzir a mortalidade, gerar evidências científicas e padrão de qualidade, discurso também presente nas falas dos diretores de sociedades de especialidades.

“Acho que tem que ser obrigatório! Nova Iorque, um exemplo de registro de sucesso, melhorou mortalidade, gerou evidências científicas, padrão de qualidade. Mudou a história cirurgia da cardíaca num estado grande, desigual, o estado de Nova Iorque” (EG2).

A estruturação de um setor como o da cirurgia cardiovascular pediátrica, que envolve multiprofissões e especialidades, instituições hospitalares especializadas e uma indústria capaz de oferecer ferramentas atualizadas (medicamentos, equipamentos, órteses e próteses), demanda tempo e investimentos. Como o setor oferta serviço principalmente aos usuários do SUS, atitudes de priorização das políticas públicas voltadas à cardiologia pediátrica, clínica e cirúrgica são urgentes, objetivando resolver tais demandas.

No discurso de um dos próprios entrevistados foi verbalizada a necessária reestruturação do segmento burocrático do MS para dar conta de ser o indutor de possíveis redirecionamentos da política, mudando o foco de ação que hoje é voltada para intervenções imediatas, contingentes, para o estabelecimento de rotinas de controle e avaliação.

“Muita coisa pode ser consequência desse esvaziamento que houve. Porque houve um esvaziamento, não tenha dúvida! Hoje se tem uma visão totalmente diferente, se resolve problemas imediatos, problemas de alto nível, não se preocupa muito com a estruturação. Apaga-se incêndio, resolve coisas pontuais[...]. As estratégias, a primeira coisa, obviamente, seria reestabelecer aquele grupo que se desfez, estrategicamente re-estabelecer as discussões” (EG1).

Outros argumentos foram pautados: a necessidade de produção de conhecimento local para que estes sejam utilizados como base de planejamento de investimentos; a divulgação dos resultados poderia ser uma ferramenta importante na demonstração de que a cirurgia cardiovascular pediátrica tem impacto positivo na sobrevivência dos pacientes atendidos; os serviços devem ser avaliados quanto à sua resolubilidade sob o risco de perderem o credenciamento.

Alguns dos limites da política foram claramente percebidos e verbalizados por um dos entrevistados:

“A retribuição às instituições foi menor do que o necessário para fomentar. E é uma questão de tempo para a estrutura se organizar. [...] A cirurgia cardíaca pediátrica exigiria uma ação muito mais afirmativa do que a portaria. Exigiria um financiamento, exigiria uma política de treinamento, de formação de longo prazo. E isso, assim, é muito caro! [...] um investimento grande e no meio de uma estrutura

muito politizada igual o Ministério, em que os investimentos saem muito por emendas e por recursos, torna-se muito difícil! Exigiria uma vontade política muito grande, precisaria lutar com outras prioridades de saúde de uma forma muito intensa”(EG2).

“Precisaria ter uma política de investimento de infra-estrutura e qualificação de recursos humanos, com um estudo muito cuidadoso da distribuição regional disso. Como a concentração para o número de centros teria que ser muito maior do que existe hoje, mas haveria resolutibilidade e eficácia. A produção dos centros precisaria ser resolvida para que as coisas pudessem andar. Eu vejo que exigiria uma ação específica que englobasse pelo menos a forma de financiamento diferenciada... Financiar por procedimento é uma coisa muito complicada! [...] Provavelmente em áreas específicas pagar por meta, pagar por outras coisas que não seja só o procedimento”(EG2).

Tal como enfatizado nos questionários e nas entrevistas com os cirurgiões cardiovasculares, o ressarcimento às instituições pelas cirurgias e outros procedimentos, apareceu aqui também como um ponto de estrangulamento que necessitaria uma posição mais afirmativa do MS, no sentido de atualizar valores. Outro ponto ressaltado é que um determinado transcurso de tempo seria necessário para que toda a rede estivesse com sua capacidade otimizada; e ainda uma política de formação profissional de longo prazo, sendo que tudo passa pela necessidade de grande investimento.

Seria necessária, ainda, vontade política para rever algumas prioridades, hoje estabelecidas, para alocar mais recursos e novas definições para a política em apreço.

Vale mais uma reflexão sobre a forma de gerenciamento da distribuição de recursos no Ministério da Saúde. Os investimentos saem, em boa parte, de emendas parlamentares, ou seja, sem o devido crivo técnico que proporcionaria um olhar mais equânime. Segundo Berlinguer (2004), citado por Fortes e Zoboli (2005), é preciso estar alerta, pois as discussões sobre recursos em saúde têm se restringido aos aspectos monetários, de tal modo que a necessidade de identificar o que é prioritário e distribuir equitativamente os recursos tem sido substituída pela ideia do racionamento, não por meio de prioridades e inclusão universal, mas por exclusão seletiva.

É relevante também analisar a alegada necessidade de lutar de forma intensa com outras prioridades já estabelecidas. A área de cirurgia cardiovascular não representa impacto em frequência de procedimentos que possa comparar com outras áreas do setor saúde. Portanto, deve ser tratada como prioridade pela necessidade do procedimento que distancia a morte da vida e não pelo impacto puramente de tratar mais pessoas pelo menor custo.

Investimentos em infraestrutura e programas de longo prazo para formação profissional tornariam centros distribuídos estrategicamente no País fontes replicadoras de serviços de qualidade, tendo a observância de manter parâmetros de regionalização. Também

foi considerado importante retomar estratégias de territorialização, parametrização e controle de qualidade com o registro de cirurgia cardiovascular.

“Então, eu vou ter um financiamento de tantos milhões pra equipar esses centros, eu vou ter um financiamento tal pra promover um programa de longo prazo para formação continuada, para que esses centros que eu estou equipando, que eles sejam capazes de formar pessoas que disseminem isso para um número limitado também, mas previsto pelo país. Para o Ministério da Saúde, esse investimento ele é factível, mas ele exige uma vontade política muito estruturada e muito ordenada que eu não sinto que exista agora.

“A ênfase seria na organização do cuidado dessas condições que internam muito, matam muito, as doenças reumáticas estariam entre a minha lista. Pelo dano médico, social, financeiro que produz. Organizar sistemas de cuidado regionalizados para as condições cardiológicas mais frequentes em que o procedimento seja um aspecto desse cuidado. Mas, em muitas dessas áreas, o problema é mais que logístico, de sistema de cuidado, de organização, do que de procedimento propriamente dito”(EG2).

A despeito do significado epidemiológico relacionado com a febre reumática que impacta sobre os números de internações e mortalidade, além das seqüelas, apenas uma breve referência foi feita por um dos sujeitos. Não sem tempo, apontou para a necessidade de organizar sistemas regionais que atuariam em condições cardiológicas preveníveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com foco na Cirurgia Cardiovascular Pediátrica teve seu marco legal em 15 junho de 2004, por meio da publicação das Portarias Nº1169/GM e Nº210 SAS/MS.

A aquisição de dados secundários no Ministério da Saúde e IBGE, bem como indicadores primários advindos de aplicação de questionários e entrevistas, todos balizados em referencial teórico, permitiram realizar a avaliação da política em apreço.

Ao discernimento tanto dos médicos diretores de sociedades de especialidades quanto dos gestores do MS, a política voltada às crianças e aos adolescentes cardiopatas foi um marco, principalmente pelo reconhecimento da cirurgia cardiovascular pediátrica - CCVPed como área de características particulares e assim com necessidades específicas no que se refere a normatizações para o exercício da especialidade.

A formulação da política foi eivada de disputas dentro da SBCCV, tendo como objetivo de um grupo a legitimação da CCVPed e de outro a manutenção do *status quo*. Outra área de disputa aconteceu nas relações entre gestores, sociedades e indústria. Mesmo que as entidades médicas tenham sido os interlocutores que sentaram à mesa com os gestores do MS, outros atores sociais que fazem parte do dia a dia da especialidade e que não foram convidados passaram a exercer pressões de forma explícita por meio de reuniões paralelas ou utilizando algumas das entidades como interlocutoras para defender os interesses da indústria.

A abertura de diálogo no MS aconteceu por intervenção da SBCCV e do DCCVPed, este criado, naquele momento, e tendo como um dos seus objetivos levar a termo a portaria que regulamentaria a CCVPed. Foi apresentado estudo ao MS/SAS que evidenciava deficits importantes no tratamento das cardiopatias congênitas, o qual serviu de fundamentação para a criação da política, que passa a reconhecer a CCVPed no Brasil.

Como os recursos disponíveis, segundo os gestores, eram bastante limitados, se fossem aumentados substancialmente os valores pagos pelos procedimentos da tabela faltaríamos recursos para aumentar o número de prestadores e, com isso, o acesso. A preocupação dos gestores do MS estava centrada em encontrar formas de aumentar a frequência de procedimentos, ampliando o atendimento à demanda, mas sem se aprofundar nas questões de financiamento da infraestrutura das instituições e dos profissionais.

A fase que se segue é a da implementação e transcorre com dificuldades no que se refere à adequação das instituições ao cumprimento das exigências de infraestrutura e de equipes multiprofissionais e com a presença de representantes de várias especialidades. Foram

referidas dificuldades exacerbadas pela não-observação da política quanto ao financiamento, considerado insuficiente, e que deveriam ser adequados e compatíveis com as exigências contidas nas portarias. As maiores dificuldades foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste.

Ficou comprovado que a política em avaliação tem limitado o acesso das instituições, constatação reforçada também pelo fato de estarem habilitadas até o momento 66 unidades de uma meta de 239 unidades.

As instituições hospitalares habilitadas apresentam deficits financeiros e não têm interesse na ampliação do número de procedimentos, situação encontrada em 83,3% das instituições onde o agente financiador é apenas o SUS - fatos que apontam para dificuldade da política atingir a meta estabelecida pela Portaria N° 210, que é de um mínimo de 120 procedimentos/ano por unidade cadastrada, ou seja, 28.680 procedimentos ano.

A distribuição das unidades hospitalares mais resolutivas é heterogênea e muito diferenciada nos diversos territórios, sendo as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste as mais beneficiadas.

As 20 maiores instituições no Brasil em relação ao volume cirúrgico têm distribuição com poucas variações, independentemente da faixa etária analisada. Há um adensamento nas regiões de maior participação na riqueza nacional e com indicadores sociais mais elevados.

Encontrou-se 69,7% dos cirurgiões alegando que as exigências contidas na Portaria limitam a implantação de serviços. Dos que opinaram que existia algum tipo de parâmetro limitante na política, 80,2% apontaram a complexidade da estrutura hospitalar, 65,3% o baixo valor do ressarcimento financeiro para o hospital, 60,4% a composição de equipe multidisciplinar, 55,4% o baixo valor da remuneração médica, 50,5% o número de profissionais por setor (cirurgiões, cardiopediatras) e 41,6% a obrigatoriedade de implantação de vários serviços (ambulatório, reabilitação, programas de prevenção).

As iniquidades regionais apontadas pela SBCCV e DCCVPed não têm ressonância na Portaria, tampouco em ações que poderiam atacar deficits críticos nas regiões de menor influência econômica e indicadores sociais abaixo da média nacional. Ações para sanar tais dificuldades foram apontadas como necessárias por 81,4% dos cirurgiões. Por ordem de frequência, as mais referidas foram: financiamento subsidiado para a estruturação ou reestruturação dos serviços, pagamento diferenciado aos hospitais e pagamento diferenciado aos profissionais.

Constatou-se que, no Brasil, há carência expressiva por profissionais, especificamente cirurgiões cardiovasculares com aperfeiçoamento em cirurgias cardiovasculares de congênitos e cardiologistas pediátricos, sendo mais acentuada em regiões mais distantes de polos que detêm maior participação na riqueza nacional.

A proporção de cirurgiões por milhão de habitantes no Brasil é de 2,6, sendo a melhor proporção encontrada no Sudeste (3,4), seguida do Sul e Centro-Oeste (3,1). As regiões Norte e Nordeste apresentam as piores distribuições com 1,2 e 1,3 cirurgiões por milhão de habitantes, respectivamente. Resultado da escassez de profissionais especializados no cuidado pós-operatório é o baixo percentual de equipes formadas exclusivamente por cardiopediatras, em apenas de 13,3% a 21,7% das instituições oferecem esta diferenciação.

Falta uma política de aperfeiçoamento e valorização para as várias profissões e especialidades necessárias ao pleno exercício do cuidado a este grupo de pacientes. Considera-se que uma política com tal finalidade urgente, visto que, dos cirurgiões que praticam a cirurgia cardiovascular pediátrica, apenas 57,2% tiveram algum tipo de treinamento específico, e 57,0% realizam todo tipo de operação, paliativas ou corretivas, independentemente de idade ou peso, o que constitui clara indicação da baixa qualidade no atendimento aos portadores de cardiopatias congênitas. Dos profissionais que admitem não oferecer o tratamento adequado para este grupo de pacientes, 71,0% apontaram como motivo a falta de treinamento específico.

Dependendo do tipo assistência oferecida pela instituição, existe diferença na intervenção cirúrgica praticada pelos profissionais. A proporção dos médicos do SUS e SUS-Convênio que trabalham em instituições que limitam o exercício pleno da CCVPed, é superior à dos médicos de Convênio e Gratuito-Convênio ($p < 0,05$). É possível, desta forma, afirmar que embora haja predomínio de instituições vinculadas ao SUS para o tratamento destes pacientes há restrições impostas por estas que impedem o exercício pleno da especialidade. As limitações mais relatadas são a falta de estrutura hospitalar, falta de profissionais especializados, complexidade da doença, gravidade do doente, teto financeiro insuficiente e para evitar prejuízo.

Em parte, é possível explicar tal atitude das instituições, pelos impactos financeiros negativos que os procedimentos causam quando na fonte financiadora se inclui o SUS. A saber: as instituições que trabalham apenas com o SUS, segundo os cirurgiões entrevistados, 66,7% apresentam deficit financeiro com o tratamento da cirurgia cardiovascular pediátrica, 61,4% quando trabalha com SUS e convênio, 26,7% apenas com convênio e 60% com filantropia e convênio.

A dedicação exclusiva à cirurgia cardiovascular é praticada por 71,7% dos cirurgiões. Os motivos mais referidos para não-exclusividade foram remuneração insuficiente (58,5%) e a prática de outra especialidade ou profissão (39,0%).

Independentemente da fonte pagadora, SUS, convênio ou ambos, 91% dos profissionais consideraram insuficiente a remuneração. Isto se reflete, sem dúvida, na baixa produtividade dos cirurgiões cardiovasculares que se dedicam à pediatria no Brasil: 67,2% dos cirurgiões operam menos do que 100 procedimentos/ano pelo SUS e 41,4% menos do que dez procedimentos/ano pelo sistema suplementar de saúde.

O volume cirúrgico também torna possível a implementação de espaço de pós-operatório dedicado exclusivamente à cardiologia pediátrica, afirmativa corroborada pelos dados, mostrando que, quando se trabalha com SUS associado ou não a convênios, ou instituições que trabalham com filantropia, os percentuais são mais expressivos do que naquelas onde a fonte pagadora é apenas o convênio, onde apenas 12,1% da população de zero -19 anos tem acesso à saúde suplementar.

Mesmo sendo a implementação do registro de cirurgia cardiovascular aspiração comum entre os especialistas e também entre os gestores do MS, e tida como importante, encontra-se desconfiança, por parte das sociedades, em relação a que propósitos servirão os dados. A falta de estrutura do DATASUS foi apontada pelos gestores do MS como impedimento à efetivação desta ferramenta de controle e avaliação. Para 91,4% dos cirurgiões, o gerenciamento do banco de dados deve ser responsabilidade do DCCVPed ou SBCCV. Segundo esses sujeitos, seu preenchimento deve ser compulsório vinculado ao pagamento da AIH.

Ressalta-se que a despeito de haver tímida referência na portaria à prevenção, não houve o devido cuidado em normatizar seus diferentes níveis de atenção e, tampouco o provimento financeiro, já que como declararam os gestores do MS a pretensão era ampliar o acesso com o mínimo de gastos possível.

A política não atende à meta prevista para a cirurgia cardiovascular pediátrica, em especial as cirurgias de cardiopatias congênitas, que em 2008 apresentou deficit para o Brasil de 62,0%. Os maiores deficits de cirurgias de cardiopatias congênitas foram encontrados na região Norte (91,0%), seguida da região Nordeste (76,0%). As regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste apresentaram respectivamente ede 36,0%, 47,0% e 55,0%. Quando analisou-se o grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, aqui estabelecido quatro anos, mente dos custos implicados a política mostrou-se ineficaz. Como no decorrer dos anos, que sucederam o marco legal, houve

aumento dos investimentos no setor, sem a equivalente repercussão na frequência de procedimentos, a política também foi ineficiente.

No universo das valvopatias, após 2006, há nítida involução na frequência de procedimentos no grupo pediátrico que merece aprofundamento de análise com objetivo de diagnosticar possíveis causas para este fenômeno, haja vista que a doença mais prevalente valvar para esta faixa etária é a cardite reumática crônica e que, por intervenções de prevenção, pode ter apresentado diminuição; ou então, onde é mais provável, já que não houve nenhuma implementação de política de caráter preventivo nesta área, ter havido desinteresse no tratamento cirúrgico desta doença por falta de investimentos adequados.

Garantir acesso não é apenas fazer a distribuição de serviços por uma determinada população, as significa diagnosticar as necessidades regionais e identificar capacidades em atender a demanda. No momento, há uma distribuição de unidades na região Nordeste mais uniforme do que nas demais e inferior apenas à da região Sul. Ao se analisar a resolubilidade das instituições hospitalares habilitadas conforme a região, as melhores performances foram encontradas nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Os sujeitos sinalizaram algumas medidas para reformulação da política, o que vem ao encontro de um dos objetivos desta pesquisa, no sentido de produzir conhecimento para balizar adequações da política em apreço.

Como desdobramento da avaliação realizada, pode-se sinalizar possíveis caminhos que, se implementados, devem mudar positivamente o panorama aqui exposto.

Houve um pico de atendimento após a implantação da política, denotando capacidade de ampliação por parte das unidades hospitalares credenciadas. Segundo foi referido pelos cirurgiões (83,3%), contudo, falta interesse das instituições em relação a ampliar o atendimento. Para mudar o panorama, é necessário que o MS realinhe os valores de pagamento por procedimento aos hospitais, no primeiro momento, pela recomposição inflacionária ao longo dos anos. Em parceria com o DCCVP, deve ser feito estudo de valores dos procedimentos em CCVPed, tomando como princípio o grau de complexidade para cada procedimento.

Outras ações foram referidas pelos cirurgiões como estratégias para o aumento da frequência de procedimentos: crescimento da remuneração médica; aumento do número de profissionais especializados na área; elasticidade do teto financeiro para as instituições; pontualidade no repasse financeiro e centralização das verbas no MS.

É preciso considerar a necessidade de modernizar e adequar as instituições para a realização de procedimentos complexos no grupo de pacientes pediátricos com problemas

cardíacos que necessitam de cirurgias. Entende-se, desta forma, que os valores de ressarcimento pelos procedimentos devam contemplar estes e outros itens, necessários a impactar positivamente as contas das unidades de saúde habilitadas ao atendimento a essa clientela.

Em parceria com o DCCVPed, o MS deve implantar o denominado registro ou banco de dados para a cirurgia de congênitos e cardiopatias do grupo pediátrico, imprescindível ao controle de qualidade. Também é necessário mapear as instituições pela complexidade de atenção e definir grau de complexidade dos procedimentos, além de realinhar as tabelas de diagnóstico e procedimentos e compatibilidade de órteses e próteses.

Outra proposição da pesquisa é identificar centros com capacidade de atenção a cardiopatias complexas e definir a implantação de centros de referência regionais ou suprarregionais, podendo ser formalizada parceria do MS com o DCCVPed para o patrocínio de tais centros para treinamento de profissionais para todas as áreas da cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica.

Também se defende a formulação de uma política voltada à formação profissional, que estabeleça, entre outros pontos, parâmetros mínimos de remuneração condizentes com o tempo para formação, o tipo de aperfeiçoamento e a dedicação dos profissionais à especialidade.

É indispensável investir em prevenção em vários níveis, atuando em segmentos como hipertensão arterial sistêmica, obesidade infantil e dislipidemia para retirar das filas, em futuro próximo, uma massa de portadores de cardiopatias, nefropatias e neuropatias. Tão importante quanto essas patologias, a febre reumática deve ser também abordada como um problema de saúde pública. A intervenção imediata sobre esta tem custo insignificante, devendo impactar na forma de economia nos investimentos nas cirurgias cardiovasculares valvares, além de oferecer à sociedade vida com qualidade. Com isso se terá um patamar diferente do que é possível com as intervenções cirúrgicas para esta doença, o que, no máximo, melhora a sintomatologia, mas não garante longevidade nem qualidade de vida semelhantes à população normal. Torna-se, desta forma, necessário implementar o banco de registro nacional de febre reumática, envolvendo a participação da rede básica de saúde e das redes de média e alta complexidade com a criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controle da Febre Reumática.

Por fim, entende-se a necessidade de adequar a nomenclatura dada à política devido ao fato da cardiopatia congênita ter uma abrangência que vai além de uma delimitação por faixa etária. É imperioso, portanto, denominar a política conforme a amplitude da atenção

dada a estes pacientes, parte com cardiopatias congênitas e outra com doenças adquiridas no grupo pediátrico. Pela complexidade que envolve este segmento a sugestão é que seja implementada uma política, específica para a área, que dê conta da integralidade que o segmento exige. Assim a criação e implementação da POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS E ADQUIRIDAS DO GRUPO PEDIÁTRICO, fazendo parte ou não da PNACVAC, teria o objetivo de agregar todas as ações destinadas a prevenir, tratar e reabilitar aqueles cidadãos que por infortúnio tenha que conviver com algum tipo de doença deste grupo em questão.

REFERÊNCIAS

ABU-HARB M.; HEY E.; WREN, C. Death in infancy from unrecognised congenital heart disease. **Arch Dis Child.**, v.71, n.1, p.3-7, 1994.

AGUILLAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Rev Serv Público**, v. 51, n.4, p.5-59, 2000.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad Saúde Pública**, v18, supl, p. 23-36, 2002.

ALMOND, P. An analysis of the concept of equity and its application to health visiting. **J Advanc Nurs.**, v.37, n.6, p.598-606, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION (ACCF). American Heart Association. **Methodology Manual for ACCF/AHA Guideline Writing Committees: methodologies and policies from the ACCF/AHA task force on practice guidelines.** 2009. Disponível em: www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3039683. Acesso em: 23 mar 2009.

AROUCA, S. S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** 1975. 261f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo (SP), 1975.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. **Regionalização em Saúde e mix público-privado.** 2003. [Internet]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201267FB74FC828E9/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf Acesso em: 21 mai. 2009.

BACH, J. F.; CHALONS, S.; FORIER, E.; ELANA, G.; JOUANELLE, J.; KAYEMBA, S, et al. 10-year educational programme aimed at rheumatic fever in two French Caribbean islands. **Lancet**, v. 9, n.9002, p.644-648, 1996.

BARBOSA, P. J. B.; MÜLLER, R. E.; LATADO, A. L.; ACHUTTI, A. C.; RAMOS, A. I. O.; WEKSLER, C, et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Arq Bras Cardiol.**, v.93, n.3 supl.4, p.1-18, 2009.

BERTRANOUS, E. G.; BLACHSTONE, E. H.; HAZELRIG, J. G. Life expectancy without surgery in tetralogy of Fallot. **Am J Cardiol.**, v 42, n.3, p. 458-466, 1978.

BORGHI, A.; CIUFFREDA, M.; QUATTROCIOCCHI, M.; PREDI, L. The grown-up congenital cardiac patient. **J Cardiovasc Med.**, v.8, n.1, p.78-82, 2007.

BOULMETIS, J.; DUTWIN, P. **The ABCs of evaluation: timeless techniques for program and Project managers.** San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

BRAGA, I. F. A Sociedade civil e as Políticas de Saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: MOROSSINI, M. V. **Sociedade, Estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Estatuto da criança e do adolescente. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm Acesso em: 23 mai 2009.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.lei.adv.br/8080-90.htm> Acesso em: 23 mai 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. **Portaria nº 1169/GM em 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências. Diário Oficial, seção 1, n. 115, p. 57, 2004a.

_____. **Portaria nº 210 SAS/MS de 15 de junho de 2004**. Serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica. Diário Oficial, seção 1, n. 117, p. 43. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Coleção Progestores para entender o SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde-SAS. **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008b.

BRESLOW, L. Da prevenção das doenças à promoção da saúde. **JAMA**, v.3, n.7, p.2252-2261, 1999.

CABO, J. M. Problemas sociales del niño cardiopata. In: SANCHEZ, P. A. **Cardiología pediátrica: clínica e cirurgia**. Barcelona: Salvat, 1986.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.509-584, 2003.

CARAPETIS, J. R.; STEER, A. C.; MULHOLLAND, E. K.; WEBER, M. The global burden of group A streptococcal diseases. **Lancet Infect Dis.**, v. 5, n.11, p.685-94, 2005.

CASTANEDA, A. R., et al. D-Transposition of the great arteries. In: CASTANEDA, A.; JONAS, R. A.; MAYER JR, J. E.; HANLEY, F. L. **Cardiac surgery of the neonate and infant**. Philadelphia: Saunders Company, 1994. 506p.

CASTELO BRANCO, K. M. P.; PINTO JR, V. C. P.; CARVALHO JR, W. Doenças da valva aórtica e lesões obstrutivas da via de saída do ventrículo esquerdo. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

CERNACH, M. C. S. P. Genética das Cardiopatias Congênitas. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

CHANG, R. R.; KLITZNER, T. S. Can regionalization decrease the number of deaths for children who undergo cardiac surgery? A theoretical analysis. **Pediatr.**, v.109, n.2, p. 173-181, 2002.

CHELIMSHY, E. **Program Evaluation: Patterns and Directions**. American Society for Public Administration. Washington: D.C, 1985.

CINTRA, A. M. M. Determinação do tema de pesquisa. **Ciênc Inform.**, v. 11, n. 2, p. 13-16, 1982.

COHEN, E. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigosestigmas e novos desafios. In: Conh A, Elias PE. **Saúde Brasil: políticas e organizações de serviços**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1999.

COHN, A.; ELIAS, P. E.; IANNI, A. M. Z. O público e o privado no Hospital de Clínicas de São Paulo. In: NGRI, B.; VIANA, A. L. A, (org.). **O SUS em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A; CHAMPAGNE, F. avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HATZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.) Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 59p.

CORONE, P. P.; DOYON, F.; GAUDEAU, S.; GUERIN, F.; VERNANT, P.; DUCAM, H et al. Natural history of ventricular septal defect. A study involving 790 cases. **Circulation**, v. 55, n.6, p. 908-915, 1977.

COSTA, A. G.; DUARTE, M. L.; KRAYCHETE, A. C. Comunicação interatrial. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

COSTA, G. B.; MENDONÇA, J. T.; NASCIMENTO, T. A. S. Coarctação da aorta. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

DEARANI, J. A. Surgery for adults with congenital heart disease should be performed by congenital heart surgeons. **J Thorac Cardiovasc Surg**;138:5-7, 2009.

DUARTE, C. M. R. Equidade na Legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 443-463, 2000.

EUROPEAN COMMISSION. DG XIX. **Evaluating EU Expenditure Programmes**. A Guide. Ex post and Intermediate Evaluation, DG XIX, 1997.

FERENCZ, C.; RUBIN, J. D.; MCCARTER, R. J, BRENNER, J.; NEILL, C. A.; PERRY, L. W et al. Congenital heart disease: prevalence at livebirth. The Baltimore-Washington Infant Study. **Am J Epidemiol.**, 121, p.31-36, 1985.

FLEISCHACKER, S. **Uma breve história da justiça distributiva**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Os princípios do Sistema Único de Saúde: potencializando a inclusão social na atenção saúde. **Mundo saúde**. v.29, n.1, p.20-25. 2005.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P (Orgs.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola. 2003. p.35-47.

FREDRIKSEN, P. M.; ROISLIEN, J.; THAULOW, E. The estimated number of patients with adult congenital heart defects in Norway. **Scand J Med Sci Sports.**, v.18, n.4, p.520-525, 2008.

FRIEDMAN, W. F. Congenital heart disease in infancy and childhood. In: BRAUNWALD, E (Org.). **Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine**. Pennsylvania: Saunders. 1997. p.877-962.

FURLANETTO, B. H. S.; MARTINS, T. C. Defeito do septo atrioventricular. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

FURLANETTO, G, BINOTTO, MA. Tetralogia de Fallot. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 165-181, 2001.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. **Mundo Saúde**, v.26, n.1, p.6-15, 1995.

GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F.; OSELKA, G. A bioética no século XXI. **Bioética**, v.7, n.2, p.207-212, 1999.

GRANJA, G. F. **Equidade no SUS: Uma abordagem da teoria fundamentada**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2008.

GUITTI, J. C. S. Cardiopatias congênitas em Londrina. **Arq Bras Cardiol.**, v.74, n.5, p.395-399, 2000.

HANNAN, E. L. Pediatric cardiac surgery: the effect of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality. **Pediatr.**, v.101, n.6, p.963-969, 1998.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde dos Modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HATRY, H. P. Pitfalls of Evaluation. In: MAJONE, G.; QUADE, E. S. **Pitfalls of Evaluation**. International Series on Applied Systems Analysis, 8, John Wiley & Sons. Chichester/New York/Brisbane/Toronto, 1980. Disponível em: <http://www.iiasa.ac.at/Admin/PUB/Documents/XB-80-108.pdf> Acesso em: 23 mai 2010.

HILHORST, J. **Planejamento regional, enfoque sobre sistemas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

HOFFMAN, J. I. E.; CHRISTIANSON, R. Congenital heart disease in a cohort of 19,502 births with long-term follow-up. **Am J Cardiol.**, v.42, p.641-647, 1978.

HOFFMAN, J. I. E. Incidence, prevalence and inheritance of congenital heart disease. In: MOLLER, J. H.; HOFFMAN, J. I. E. **Pediatric cardiovascular disease**. New York: Churchill Livingstone, 2000. p.257-262.

HOFFMAN, J.; KAPLAN, S. The incidence of congenital heart disease. **J Am Coll Cardiol**, v. 39, n.12, p. 1890-1900, 2002.

HOFFMAN, J. I. E.; KAPLAN, S.; LIBERTHSON, R. R. Prevalence of congenital heart disease. **Am Heart J.**, v.147, n.3, p.425-439, 2004.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad Cedes**, v.21, n.55, p.30-41, 2001.

HOLANDA, A. N. C. **Avaliação de programas** (conceitos básicos sobre avaliação “ex post”) - Rio-São Paulo. Fortaleza: ABC, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contas regionais**. 2007. Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1497&id_pagina=1 Acesso em: 27 jan. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Síntese de indicadores**. 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/sintese/tab1_3.pdf Acesso em: 27 jan. 2010.

IÑIGUEZ, L. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L.(Org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.

_____. A linguagem nas ciências sociais: fundamentos, conceitos e modelos. In: IÑIGUEZ, L.(Org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2004b.

JATENE, I. B.; JATENE, M. B. Transposição das grandes artérias. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde Soc.**, v.6, n.2, p.31-46, 1997.

KLOETZEL, K. **As bases da medicina preventiva**. São Paulo: Livraria Editora Ltda, 1973. 17p.

LAWN, J. E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? **Lancet.**, v.365, n.9462, p.891-900, 2005.

LEFKOWITZ, R. J.; WILLERSON, J. T. Prospects for cardiovascular research. **JAMA.**, v.285, n.5, p.581-587, 2001.

LORENZO, J. G.; TEROL, I.; QUINTANA, M. E.; BAUTISTA, J. M.; PLAZA, L. Prevalencia de anomalias congénitas cardíacas en una población de 38.674 escolares. **Rev Esp Cardiol.**, v.38, p.46-49, 1985.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.8, n.2, p.439-448, 2003.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LUIZ, O. C. Direito e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arq Méd ABC.**, v.30, n.2, p.69-75, 2005.

MARCHI, C. H.; GODOY, M. F.; CROTI, U. A. Comunicação interventricular. In: Croti, UA, Mattos, SS, Pinto Júnior VC, Aiello, VD, (Org.). **Cardiologia e Cirurgia cardiovascular Pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

MARINO, B. S.; TOMLINSON, R. S.; DROTAR, D.; CLAYBON, E. S.; AGUIRRE, A.; RICHARD, I et al. Quality-of-life concerns differ among patients, parents, and medical providers in children and adolescents with congenital and acquired heart disease. **Pediatr**, v.123, n.4, p.708-715, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de, (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABARSCO, 2001. 39p.

MATTOS, S. S.; CROTI, U. A.; PINTO JR, V. C.; AIELLO, V. D. Terminologia. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

MAYNE, J. Utilising **Evaluation in organisations**: The Balancing Act. In: LEEUW, F. L.; RIST, R. C.; SONNICHSEN, R. C. (eds.) *Can Governments learn? comparative perspectives on evaluation and organisational learnig*. London: Transaction Publishers, New Brunswick. 1994.

MEIRA, Z. M. A.; GOULART, E. M.; COLOSIMO, E. A.; MOTA, C. C. Long term follow up of rheumatic fever and predictors of severe rheumatic valvar disease in Brazilian children and adolescents. **Heart.**, v.91, n.8, p.1019-1022, 2005.

MEIRA, Z. M. A.; CASTILHO, S. R.; BARROS, M. V. L.; VITARELLI, A. M.; CAPANEMA, F. D, MOREIRA NS, et al. Prevalence of rheumatic fever in children from a public high school in Belo Horizonte. **Arq Bras Cardiol.**, v.65, n. 4, p.331-334, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria MS/GM 95, de 26/01/01**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 – “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n.116. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

_____. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. 2009. Acesso em: 21 mai 2009.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MITCHELL, M. D.; KORONES, S. B.; BERENDES. H. W. Congenital heart disease in 56,109 births. **Circulation**, v.43, p.323-332, 1971.

MOLLER, J. H.; TAUBERT, K. A.; ALLEN, H. D.; CLARK, E. B.; LAUER, R. M. A Special Writing Group from the Task Force on Children and Youth, American Heart Association. Cardiovascular health and disease in children: current status. **Circulation**, v.89, p.923-930, 1994.

MOTA, C. C. C.; MULLER, R. E. Febre reumática. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008. p. 593-604.

MULLER, R. E. **Estudo longitudinal de pacientes portadores de cardiopatia reumática no Rio de Janeiro**. 2008. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2008.

NEVES, M. C. P. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. **Bioética**, v.7, n.2, p.155-163, 1999.

NORDET, P.; LOPEZ, R.; DUENAS, A.; SARMIENTO, L. Prevention and control of rheumatic fever and rheumatic heart disease: the Cuban experience (1986-1996-2002). **Cardiovasc J Afr.**, v.19, n.3, p.135-140, 2008.

NOVAES, H. M.; MIR, R. C. Sistemas Locales de Salud: um medio para la regionalización de los servicios de salud. In: PAGANINI, J.M.; MIR, R. C. **Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, métodos, experiencias**. Publicación Científica nº 519. Washington: OPAS, 1990.

OECHSLIN, E.; HOFFMANN, A. Organizational and medical aspects of transition of juveniles with congenital heart defects to adult cardiology care. **Ther Umsch.**, v.58, n.2, p.111-118, 2001.

OLIVER, J. M. R. Congenital Heart Disease in Adults: Residua, Sequelae, and Complications of Cardiac Defects Repaired at an Early Age. **Rev Esp Cardiol.**, v.56, n. 1, p.73-88, 2003.

OPOTOWSKY, A. R.; SIDDIQI, O. K.; WEBB, G. D. Trends in hospitalizations for adults with congenital heart disease in the u.s. **J Am Coll Cardiol.**, v.54, n.5, p.460-467, 2009.

PAULI, L. T. S. **A Integralidade das Ações em Saúde e a Intersetorialidade Municipal**. 2007. (Dissertação de mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola. 1996. 551p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.66.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R. E. MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UEG/ABRASCO, 2004.

PINTO JÚNIOR, V. C.; DAHER, C. V.; SALLUM, F. S.; JATENE, M. B.; CROTI, U. A. Situação das cirurgias cardíacas congênitas no Brasil. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v.19, n.2, p.3-6, 2004.

PINTO JÚNIOR, V. C.; RODRIGUES, L. C.; MUNIZ, C. R. Reflexões sobre a formulação de política de atenção cardiovascular pediátrica no Brasil. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v.24, n.1, p.73-80, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Ranking do IDH dos Estados brasileiros**. 2005a. Disponível em: http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3039&lay=pde - documento gerado. Acesso em: 8 mai. 2010.

_____. **Índice de desenvolvimento Humano (IDH)**. 2005b. Disponível em: www.pnud.org.br/idh/ documento gerado. Acesso em: 8 mai. 2010.

RADZIK, D., DAVINGNON, A., VAN DUESBURG, N.; FOURNIER, T.; DUCHARME, G. Predictive factors for spontaneous closure of atrial septal defect diagnosed in the first 3 months of life. **J Am Coll Cardiol.**, v.23, n.3, p.828-830, 1994.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. **Justiça como equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REELEDER, D.; MARTIN, D. K.; KERESZTES, C.; SINGER, P. A. What do hospital decision-makers in Ontario, Canadá, have to say about the fairness of priority setting in their institutions? **BMC Health Serv Res.**, v.5, n.1, p.5:8, 2005.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. A necessária frugalidade dos idosos **Cad Saúde Pública**. v.20, n.5, p.1141-1159, 2004.

RIBEIRO, T. P. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1525-1532, 2007.

RIVERA, I. R.; SILVA, M. A. M.; FERNANDES, J. M. G.; THOMAZ, A. C. P.; SORIANO, C. F. R.; SOUZA, M. G. B de. Cardiopatia congênita no recém-nascido: da solicitação do pediatra à avaliação do cardiologista. **Arq Bras Cardiol.**, v.89, n.1, p.6-10, 2007.

RUGER, J. P. Ethics and governance af global health inequalities. **J Epidemiol Community Health.**, v.60, p.998-1002, 2006.

RYGG, I. H.; OLESEN, K.; BOESEN, I. The life history of tetralogy of Fallot. **Dan Med Bull.**, v.18, suppl2 p.25-30, 1971.

SADECK, L. S. R.; AZEVEDO, R.; BARBATO, A. J. G.; CALIL, V. M. L. T.; LATORRE, M. R. D. O.; LEONE, C. R et al. Indicações clínico-epidemiológicas para investigação ecocardiográfica no período neonatal: valor dos grupos de risco. **Arq Bras Cardiol.**, v.69, n.5, p. 301-308, 1997.

SANTOS, C. L.; MORAES NETO, F. R. Conexão auniventricular. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

SAMPAIO, A.C.; AZAMBUJA, A.P.; XAVIER NETO, J.; LOPES, L. M.; COSTA, M. S. S.; VASCONCELOS, M. Embriologia cardiovascular e circulação fetal. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

SAXENA, A.; KUMAR, R. K.; GERA, R. P.; RADHAKRISHNAN, S.; MISHRA, S.; AHMED, Z. Consensus guidelines on pediatric acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. **Indian Pediatr.**, v.45, n.7, p.565-573, 2008.

SCHULTZ, A. H.; WERNOVSKY, G. Late outcomes in patients with surgically treated congenital heart disease. **Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Annu**, p.145-156. 2005

SCHULTZ, A. H.; LOCALIO, A. R.; CLARK, B. J.; RAVISHANKAR, C.; VIDEON, N.; KIMMEL, S. E. Epidemiologic features of the presentation of critical congenital heart disease: implications for screening. **Pediatr**, v. 121, n. 4, p. 751-757, 2008.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde Debate**, v.27, n.65, p.234-242, 2003.

SILVA, J. P. V.; FONSECA, L. Síndrome do Coração esquerdo hipoplásico. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

SILVA, L. P. R. G.; BEMBOM, M. C.; SILVA, M. F. A. G. Persistência do Canal Arterial. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. S. **Pesquisa avaliativa aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras, 2008.

SISSMAN, N. J.; WILLERSON, J. T.; LEFKOWITZ, R. J. Incidence of congenital heart disease. **JAMA**. v.285, n.20, p.2579-2580, 2001.

SOMERS, A. R.; SOMERS, H. M. **Certificate of need regulation, the case of New Jersey**. In: Regionalization and Health Policy. U.S. Department of Commerce. N.T.I.S., 1977.

SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.481-489, 2002.

SPOSATI, A. Regulação social tardia: características das políticas latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0044509.pdf> Acesso em: 28 fev. 2009.

SPRENT, P.; NIGEL, C. S. **Applied nonparametric statistical methods**. Chapman & Hall/CRC, 2007. 544p.

STANBACK, T. M. **Regionalization of professional services: private sector analogue**. In: Regionalization and Health Policy. US. Department of Commerce. N.T.I.S. p.7-15, 1977.

TCHERVENKOV, C. I. JACOBS, J. P.; BERNIER, P. L.; STELLIN, G.; KUROSAWA, H.; MAVROUDIS, C et al. The improvement of care for paediatric and congenital cardiac disease across the world: a challenge for the world. Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery. **Cardiol Young**, v.18, Suppl 2, p.63-69, 2008.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Convenção sobre os direitos da criança. Adaptada pela Assembléia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990. Portugal, 1990. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf Acesso em: 13 mai. 2009.

VALENTE, A. S.; CIRINO, C. M. F. Cardiopatia Congênita no Adulto. In: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C.; AIELLO, V. D. (Org.). **Cardiologia e cirurgia cardiovascular pediátrica**. São Paulo: Roca, 2008.

VAN PRAAGH, R, VAN PRAAGH, S, VLAD,P, et al. Anatomic types of congenital dextrocardia: Diagnostic and embryologic implications. **Am J Cardiol**,v.13, p.510-531, 1964.

VÍCTORA, C. G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WARNES, C. A.; LIBERTHSON, R.; DANIELSON, G. K.; DORE, A.; HARRIS, L.; HOFFMAN, J. I. E, et al. Task Force 1: The changing profile of congenital heart disease in adult life. 32nd Bethesda Conference. **J Am Coll Cardiol**, v.37, p.1170-1175, 2001.

WEBB, G. D.; WILLIAMS, R. G. Care of the adult with congenital heart disease: introduction. 32nd Bethesda Conference. **J Am Coll Cardiol**, v.37, p.1166-1169, 2001.

WELKE, K. F.; DIGGS, B. S.; KARAMLOU, T.; UNGERLEIDER, R. M. The relationship between hospital surgical case volumes and mortality rates in pediatric cardiac surgery: a national sample, 1988–2005. **Ann Thorac Surg**, v.86, p.889-896, 2008.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation on rheumatic fever and rheumatic heart disease**. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation on rheumatic fever and rheumatic heart disease**. Geneva, Geneva: WHO, 2004.

XAVIER, R. M. A.; NOLASCO, M.; MULLER, R.; SANTOS, M.; LIMA, A. B. R.; LUCAS, M. J, et al. PREFERE: da informação à prevenção. **Editorial Laranjeiras**, v.1, n.4, p.61-63, 2004.

ZUPAN, J.; AAHMAN, E. **Perinatal mortality for the year 2000: estimates developed by WHO**. Geneva: World Health Organization, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

Avaliação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta complexidade com Foco na Pediatria

MARÇO – 2009 - PESQUISADOR: Valdester Cavalcante Pinto Júnior
QUESTIONÁRIO PARA CIRURGIÕES CARDIOVASCULARES

IDENTIFICAÇÃO

1. Código de Identificação (para controle do pesquisador)

2. Idade _____

3. Sexo

1. Masculino _____ 2. Feminino _____

4. Estado Civil

1. Solteiro _____ 2. Casado _____ 3. Desquitado _____ 4. Divorciado _____

5. Naturalidade _____

6. Filiação à SBCCV?

1. Sim _____ 2. Não _____

7. Caso tenha respondido sim na questão anterior, indicar qual o tipo de filiação

1. Aspirante _____ 2. Associado _____ 3. Especialidade _____ 4. Titular _____

Endereço de Trabalho _____

Telefone comercial _____ **E-mail (opcional)** _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

11. Em qual instituição você concluiu sua graduação?

12. Ano de formatura

13. Treinamento em Cirurgia Cardiovascular

1. Residência /MEC _____
2. Especialização reconhecida pela SBCCV _____
3. Treinamento sem reconhecimento pela SBCCV _____

14. Possui treinamento específico em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (CCVPed)?

15. Caso tenha respondido sim na questão anterior, indicar a instituição em que fez a especialização

16. Ainda sobre a questão 14, caso tenha respondido sim informar o tempo do treinamento em anos

17. Caso seja pós-graduado, indicar a titulação

1. Mestrado _____ 2. Doutorado _____ 3. Livre Docência _____

Você pode marcar diversas casas

ÁREA DE ATUAÇÃO

18. Trabalha exclusivamente com Cirurgia Cardiovascular (CCV)?

1. Sim _____ 2. Não _____

19. Caso tenha respondido NÃO na questão anterior, qual ou quais os motivos?

1. Remuneração insuficiente com CCV _____
2. Tenho outra especialidade ou profissional _____
3. A CCV não preenche todo o meu tempo disponível _____
4. Outra/Especifique _____

Você pode marcar diversas casas.

20. Indique qual das áreas abaixo é de seu maior interesse

1. Coronária _____
 2. Congênito _____
 3. Válvula _____
 4. Marcapasso _____
 5. Cirurgia da Insuficiência Cardíaca _____
 6. Doença da Aorta _____
 7. Terapia Celular _____
 8. Cirurgia vídeo-assistida _____
- Outra Especifique: _____

Você pode marcar diversas casas

21. Trabalha com Cirurgia Cardiovascular Pediátrica?

1. Sim (exclusivamente) _____ 2. Sim (não exclusivamente) _____
3. Não _____

Se sua resposta for negativa, não deve responder as demais questões.

22. Indique o número de instituições em que trabalha com CCVPed.

1. Uma _____ 2. Duas _____ 3. Três _____ 4. Mais de três _____

As instituições indicadas serão chamadas daqui por diante de Instituição A, Instituição B, e assim por diante.

Qual tipo de assistência é prestada por sua instituição?

23. SUS 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
24. SUS e Convênio 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
25. Convênio 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
26. Gratuito e Convênio 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4)

Quais os procedimentos que você realiza em cada instituição que trabalha?

27. Realiza todo tipo de operação, paliativas ou corretivas, independente de idade e peso

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

28. Realiza operações paliativas para correção definitiva em pacientes com maior peso e idade

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

29. Limita-se a algumas operações de menor complexidade

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

30. Limita-se a pacientes de maior idade e peso

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4).

31. Falta treinamento cirúrgico pessoal para realizar todos os procedimentos?

1. Sim _____ 2. Não _____

Responder somente se assinalou as questões 28,29 ou 30.

Sua (s) instituição (ões) limita(m) o exercício pleno de CCVPed?

Admite mais de uma resposta.

32. Não há imposição de limites pela instituição

1. Sim _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

33. Devido ao teto financeiro

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

34. Para evitar prejuízo

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

35. Devido ao atraso no repasse financeiro (Secretaria de Saúde)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

36. Devida á complexidade da doença do paciente

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

37. Devido a gravidade do paciente

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

38. Por falta de estrutura hospitalar

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

39. Pela falta de profissionais especializados

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

40. Outros/ Especifique

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4)

Que tipo de resultado financeiro sua instituição apresenta oriunda do setor da CCVPed?

41. Superávit 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____**42. Equilíbrio** 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____**43. Déficit** 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4).

Sua instituição tem planos de ampliar o número de procedimentos em CCVPed?**44. Sim** 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____**45. Não** 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4).

Onde transcorre o pós-operatório da Cirurgia Cardiovascular Pediátrica?**46. UTI exclusivamente para CCVPed**

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

47. UTI pediátrica geral

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

48. Divide espaços com a UTI de adulto

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

49. Outro/Especifique

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4).

Qual profissional médico realiza o pós-operatório na UTI?**50. Exclusivamente cardiopediatras**

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

51. Cardiopediatras e intensivistas pediátricos

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

52. Intensivistas de adulto

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

53. Outro/Especifique

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Instituição A (1), Instituição B (2), Instituição C (3), Instituição D (4).

54. Como você considera sua remuneração com CCVPed?

1. Excessiva _____ 2. Adequada _____ 3. Insuficiente _____

55. Quantas operações no grupo pediátrico você realiza, em média, pelo SUS por ano?

1. Menor que 50 _____ 2. Entre 50 e 100 _____ 3. Entre 100 e 200 _____ 4. Mais que 200 _____

56. Quantas operações no grupo pediátrico você realiza, em média, por convênio, por ano?

1. Menor que 10 _____ 2. Entre 10 e 20 _____ 3. Entre 20 e 30 _____ 4. Entre 30 e 40 _____

5. Entre 40 e 50 _____ 6. Entre 50 e 100 _____ 7. Entre 100 e 200 _____ 8. Mais que 200 _____

Política Nacional de atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com Foco na Pediatria

57. Através de que fonte você tomou conhecimento da formulação da política que regulamenta a CCVPed?

1. SBCCV _____
2. DCCVPed _____
3. Min. da Saúde _____
4. Secr. De Saúde _____
5. Colegas _____
6. Outros / Especifique: _____
7. Não tomei conhecimento _____

58. Conhece as portarias GM/MS/Nº 1.169 e SAS/MS Nº 210, ambas de 15 de junho de 2004?

1. Sim _____ 2. Não _____

59. No seu entendimento há parâmetros definidos pela Política que limitam a implantação de novos serviços?

1. Sim _____ 2. Não _____

60. Se a resposta da questão anterior foi positiva, quais dos seguintes parâmetros da política interferem na implantação de novos serviços?

1. Número de especialistas por setor (dois cirurgiões especialistas, dois cardiopediatras) _____
2. Composição da equipe multidisciplinar (fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiras especialistas, etc.) _____
3. Complexidade de estrutura hospitalar _____
4. Obrigatoriedade da implantação de vários serviços (ambulatório, reabilitação cardíaca, programas de prevenção) _____
5. Valor do ressarcimento financeiro para o hospital _____
6. Valor da remuneração médica _____
7. Outro/ especifique: _____

Você pode marcar diversas casas.

61. Em relação á questão anterior, qual dos parâmetros julga mais limitante?**62. Você tem tido dificuldade na cobrança dos procedimentos realizados pelo SUS?**

1. Sim _____ 2. Não _____

63. Caso tenha respondido sim à questão anterior, qual (is) a (s) dificuldade (s) apresentada (s)?

1. Procedimentos não previstos na tabela _____
2. Procedimentos não previstos para faixas etárias _____
3. Falta de compatibilidade dos procedimentos com as órteses e próteses _____
4. Falta de códigos para órteses e próteses _____
5. Outra/Especifique: _____

6. Desconheço a tabela de procedimentos do SUS _____
 Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).

Sugestões

64. Você gostaria de sugerir medidas para aumentar o número de procedimentos em CCVPed?

1. Sim _____ 2. Não _____

65. Quais ações, se implementadas, podem aumentar o número de procedimentos em CCVPed?

1. Aumento do número de profissionais especializados na área _____
2. Aumento da remuneração médica _____
3. Aumento do valor, por procedimento, repassado ao hospital _____
4. Aumento do pagamento das órteses e próteses _____
5. Pontualidade no repasse financeiro aos hospitais _____
6. Aumento do teto financeiro para a instituição _____
7. Centralização do repasse financeiro no Min. da Saúde _____
8. Outra/Especifique: _____

Você pode marcar diversas casas

66. Em relação à questão anterior, qual ação julga mais importante?

67. No seu entendimento o Ministério da Saúde deve adotar parâmetros e critérios diferenciados para regiões com maior déficits de procedimentos ?

1. Sim _____ 2. Não _____

68. Caso tenha respondido sim à questão anterior, qual (is) ação (ões) deve (m) ser implantados (as)?

1. Financiamento subsidiado para a estruturação ou ré-estruturação do serviço _____
2. Pagamento diferenciados aos hospitais _____
3. Pagamento diferenciado aos profissionais _____
4. Estimular os tratamentos fora de domicílio _____
5. Outra/Especifique: _____

Você pode marcar diversas casas.

69. Em relação à questão anterior, qual ação julga mais importante?

70. Quais ações devem ser desenvolvidas pela DCCVPed objetivando a melhoria da Cirurgia Cardiovascular Pediátrica ?

1. Estimular a formação de centros de treinamento em CCVPed _____
2. Cursos de educação continuada _____
3. Gestão política junto as Secretarias de Saúde e Ministério da saúde no sentido de aumentar o número de procedimentos _____
4. Desenvolver instrumentos para controle de qualidade dos serviços _____
5. Todas acima _____
6. Outra/Especifique: _____

Você pode marcar diversas casas

70. Em relação à questão anterior, qual ação julga mais importante?

71. Acha necessário a implantação de um Registro de CCVPed?

1. Sim _____ 2. Não _____

72. Caso tenha respondido sim `a questão anterior, qual instituição deveria gerenciar tal registro?

1. SBCCV _____
2. DCCVPed _____
3. Min. da Saúde _____
4. Outra/Especifique: _____

73. Seu preenchimento deveria ser obrigatório, vinculado à AIH, no caso do SUS?

1. Sim _____ 2. Não _____

74. Se for implantado você participaria do Registro caso não fosse de preenchimento compulsório?

1. Sim _____ 2. Não _____

Comentário

75. Deseja fazer algum comentário?

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista para gestores

Local:	
Data: ____/____/____	N° da Entrevista

1. Identificação
Nome

- 1) Motivação para reconhecer e criar normas específicas para cirurgia cardiovascular pediátrica;
 - a) Quais as argumentações os atores utilizaram no momento da elaboração da portaria?
- 2) No que se refere à nomenclatura a intenção foi criar serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica ou de cirurgias de cardiopatias congênitas, vide rol de procedimentos?
- 3) No momento da implementação da política qual o retorno das unidades hospitalares no cumprimento das normas da Portaria n° 210?
 - a) Se a resposta for de que houve dificuldades.
 - i) Quais as dificuldades mais comuns?
 - ii) As dificuldades são comuns a todas as regiões do país? Se não, quais as diferenças? E em relação ao tipo de gestão existe diferença nas dificuldades?
- 4) Por que a meta de 01 unidade para cada 800.000 hab. não foi alcançada?
 - i) Quantos centros considera satisfatório para a Cirurgia Cardiovascular Pediátrica?
- 5) No seu entendimento por que o registro de cirurgia cardiovascular não foi implantado?
 - i) Qual órgão ou instituição deve formular e gerir este registro?
- 6) Em 2006 foi acrescido ao orçamento dos municípios em torno de R\$ 50.0000.000,00 para aumento de procedimentos na área, sem a devida resposta.
 - a) Existe envolvimento das outras esferas de governo nas políticas federais?
- 7) Que medidas considera necessárias para atender a demanda de procedimentos no setor?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados Sobre a Pesquisa

Título da Pesquisa: Avaliação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com enfoque na Pediatria

Pesquisador: Valdester Cavalcante Pinto Júnior

Orientadora: Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

Universidade: Universidade Federal do Ceará – UFC

Centro/Unidade: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Departamento/Setor: Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas

Local de execução: Fortaleza-CE

Data de Início: Agosto de 2009

Caro (a) Senhor (a)

Eu, Valdester Cavalcante Pinto Júnior, convido-o (a) a participar de um estudo desenvolvido sob minha responsabilidade intitulado “**Avaliação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com enfoque em pediatria**”. Desde 2002 realizamos o monitoramento da frequência de procedimentos e investimentos no setor, dados que foram utilizados junto ao Ministério da Saúde para fundamentar a formulação das Portarias GM/NS n° 1.169 e SAS/MS n° 210, ambas de 15 de junho de 2004, que regulamentam os Serviços de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica. Este estudo objetiva avaliar o desenho, a implementação e os resultados desta política, sendo o resultado da pesquisa ferramenta importante na gestão de melhorias da cirurgia cardiovascular pediátrica.

Caso esteja dentro do *critério de inclusão* para participação nesta pesquisa, *ser cirurgião cardiovascular*, e consentir sua participação no estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (que se encontra na página seguinte), solicitamos o preenchimento do Questionário, observando e lendo antes a Orientação para Preenchimento (anexo).

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer dúvidas que possam surgir. O (a) senhor (a) tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga quaisquer prejuízos. Finalmente, lhe informo que, quando o estudo for apresentado, não usarei seu nome, assim como não darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a). O estudo não trará nenhuma despesa para o (a) senhor (a) e todos os recursos utilizados serão gratuitos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração Dr. Carlos Alberto Studart - SESA poderá ser consultado sobre o projeto desta pesquisa através do telefone (85) 3101 7845. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:
Valdester Cavalcante Pinto Júnior contatoicca@yahoo.com.br, Rua Gothardo Moraes, 155 apto. 101-D, Papicu, Fortaleza – Ceará, Telefone (85) 3265-5350.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG n° _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa, respeitando-se as vontades individuais.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do pesquisador

Assinatura da participante

APÊNDICE D

Roteiro de entrevista para os cirurgiões cardiovasculares e diretores de sociedades de especialidades

Local:	
Data: ____/____/____	N° da Entrevista

Identificação
Nome

Roteiro

1. Como você analisa o modo como o MS conduziu a formulação da PNCCCVPed ?
2. As normas estabelecidas pela portaria 210 interferiram no credenciamento ou recadastramento dos serviços?
3. Você considera suficiente o número de profissionais na cirurgia cardiovascular pediátrico?
 - a. Se não.
 - i. A sociedade ou departamento vem tomando alguma medida para superar esta demanda?
4. Qual seu entendimento sobre a limitação em PEDIATRIA, ou seja, até 18 anos, na condução dos pacientes com cardiopatia congênita naqueles serviços exclusivamente credenciados para Cirurgia Cardiovascular Pediátrica?
5. No seu entendimento que estratégias poderia contribuir para o aumento do número de procedimentos em CCVPed?
6. No seu entendimento por que o registro de cirurgia cardiovascular não foi implantado?
 - i. Qual órgão ou instituição deve formular e gerir este registro?

ANEXOS

ANEXO I

PORTARIA Nº 1169/GM Em 15 de junho de 2004

Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o atendimento integral aos portadores de patologias cardiovasculares do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade de organizar a assistência aos referidos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde;

Considerando a necessidade de garantir a esses pacientes a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos;

Considerando a necessidade de uma nova conformação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a de determinar o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo;

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informação, referente à Assistência Cardiovascular;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada a esses pacientes; e

Considerando que a assistência a pacientes portadores de patologias cardiovasculares exige uma estrutura hospitalar de alta complexidade, com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional.

Art. 2º Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade.

Parágrafo único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por:

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

Art. 3º Determinar que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular 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.

Parágrafo único. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS em portaria específica.

Art. 4º Determinar às Secretarias de Estado da Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que compõem essas Redes.

Art. 5º Criar uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo artigo 1º desta Portaria.

Art. 6º Estabelecer, no prazo de cento e vinte dias, os seguintes instrumentos de gestão:

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade;

II - formulários de registros de preenchimento obrigatório: “Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular”, “Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos”, “Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular”, “Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista”, “Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos” e “Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia”.

Art. 7º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS adote as medidas necessárias à implantação do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Definir que o quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela SAS/MS, quando devidamente autorizados, tenham a sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria Conjunta SE-SAS/MS nº 24, publicada no DOU nº 177-E, de 13 de setembro de 2000, Seção 1, página 52, a Portaria SAS/MS nº 450, publicada no DOU nº 133, de 12 de julho de 2002, Seção 1, página 72, a Portaria SAS/MS nº 227, publicada no DOU nº 65, de 5 de abril de 2002, Seção 1, página 73, e a Portaria nº 640/GM, publicada no DOU nº 65, de 5 de abril de 2002, Seção 1, página 57.

HUMBERTO COSTA

ANEXO II

PORTARIA Nº 210 DE 15 DE JUNHO DE 2004

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria 1.169/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular;

Considerando a determinação de conceituar as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo;

Considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente o controle e a implantação de serviços hospitalares e de estabelecer critérios e rotinas para credenciamento de serviços no atendimento para a assistência cardiovascular, por meio de procedimentos considerados de alta complexidade;

Considerando a necessidade de estabelecer uma nova conformação para as Tabelas de Procedimentos para a Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico dos serviços com a finalidade de credenciamento;

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde, e

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores no controle e avaliação da Assistência Cardiovascular, resolve:

Art. 1º - Definir Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

§1º - Entende-se por Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças do sistema cardiovascular. Estas unidades, compostas pelos Serviços de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, discriminados no Artigo 5º desta Portaria, cujas Normas de Classificação e Credenciamento (Anexo I) e Relação de Procedimentos (Anexo III) habilitados em cada serviço ou especialidades cardiovascular, estabelecidas pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, deverão ter forte articulação e integração com o sistema local e regional.

§2º - Entende-se por Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor nas políticas de atenção nas patologias cardiovasculares e que possua os seguintes atributos:

I. ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;

II. definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 4 (quatro) milhões de habitantes;

III. participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;

IV. ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

V. ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

VI. subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;

VII. participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

VIII. oferecer, no mínimo, quatro dos serviços definidos no Artigo 5º, desta Portaria.

Art. 2º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde encaminhem a relação dos Centros de Referência, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, para a Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde / MS, ficando a cargo desta a respectiva habilitação.

§1º - Os Estados cuja população não alcance 4.000.000 de habitantes poderão ter, no máximo, 01 (um) Centro de Referência, desde que a unidade atenda as exigências desta Portaria.

§2º - Preferencialmente, deverão ser habilitados como Centros de Referência os hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos, nesta ordem, que se enquadrem no Artigo 1º, § 2º, inciso "P".

Art 3º - Definir que os Centros de Referência que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta Portaria serão desabilitados pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS.

Art. 4º - Definir que a coordenação dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular será exercida pelo Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Alta Complexidade, com apoio técnico do Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras – INCL, que é o Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular do Ministério da Saúde.

Parágrafo único - As Sociedades Científicas são os órgãos civis de apoio técnico na execução das ações objeto desta Portaria.

Art. 5º - Definir que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular poderão prestar atendimento nos serviços abaixo descritos.

- I. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular;
- II. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
- III. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular;
- IV. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista;
- V. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;
- VI. Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia.

Parágrafo Único - Para fins de credenciamento, as Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer, obrigatoriamente:

- a) Ambulatório Geral de Cardiologia para pacientes externos;
- b) No mínimo, um dos seguintes conjuntos de serviços:
 - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista;
 - Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
 - Cirurgia Vascular;
 - Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;
 - Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia

Intervencionista.

c) Execução de todos os procedimentos listados, de média e alta complexidade, para cada grupo de serviços a que venha atender, bem como a pacientes externos;

d) Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico;

e) Atendimento de Urgência/Emergência referida em cardiologia, nos serviços a que venha a executar.

Art. 6º - Estabelecer que os procedimentos considerados de Alto Custo (Anexo III) serão realizados pelos Centros de Referência habilitados.

§1º - Para que os Centros de Referência realizem os procedimentos de Implante de Cardiodesfibrilador Transvenoso - Cód. 48.010.41-3 e Implante de Cardiodesfibrilador Multi-Sítio Transvenoso - Cód.: 48.010.42-1, os mesmos deverão dispor de Laboratório de Eletrofisiologia e Ambulatório de Arritmia.

§2º - A indicação para a realização desses procedimentos deverá estar em conformidade com o estabelecido na Portaria SAS/MS nº 987, de 17 de dezembro de 2002.

Art. 7º - Definir que, na situação de ausência de prestação de serviço de qualquer procedimento de Alta Complexidade Cardiovascular, o gestor local deverá garantir o acesso à realização do procedimento, por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC.

Art. 8º - Determinar que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular e dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os critérios abaixo e os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS (Anexo IV):

- I. população a ser atendida;
- II. necessidade de cobertura assistencial;
- III. mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;
- IV. capacidade técnica e operacional dos serviços;
- V. série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida;
- VI. integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - disponíveis no estado.

Art. 9º - Determinar que as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, em Gestão Plena do Sistema, estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada no inciso VI do Artigo 8º desta Portaria.

Art 10 – Definir que as unidades credenciadas para executar Serviços de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Parágrafo único - Os procedimentos de alta complexidade e alto custo, discriminados nesta Portaria, deverão ser submetidos à autorização prévia pelo gestor local correspondente, exceto os procedimentos de urgência e emergência.

Art. 11 - Aprovar, na forma de anexos desta Portaria, o que segue:

I – Anexo I: Normas de Classificação e Credenciamento de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular;

II – Anexo II A: Formulário de Vistoria do Gestor;

III – Anexo II B: Formulário de Vistoria do Ministério da Saúde;

IV – Anexo III: Relação dos procedimentos incluídos nas Tabelas SIA e SIH/SUS para a Assistência Cardiovascular;

V – Anexo IV: Parâmetros de Distribuição Demográfica para os Serviços de Assistência e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular;

VI – Anexo V: Relação dos procedimentos excluídos das Tabelas SIA e SIH/SUS;

Parágrafo Único - A Tabela de Compatibilidade entre Procedimento realizado e OPM e a Organização dos Procedimentos da Assistência Cardiovascular estarão disponíveis no site do Ministério da Saúde, no seguinte endereço www.saude.gov.br/sas, para fins de consulta.

Art. 12 - Definir que todos os serviços que tenham sido credenciados para assistência em alta complexidade cardiovascular em conformidade com normatizações anteriores deverão ser credenciados novamente de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

§1º - O prazo para o novo credenciamento dos serviços de que trata o caput deste Artigo é de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria;

§2º - Os serviços que findo prazo estabelecido no §1º não obtiverem o novo credenciamento, serão excluídos do sistema.

Art. 13 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JORGE SOLLA

Secretário

ANEXO III

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

1 – NORMAIS GERAIS DE CREDENCIAMENTO

1.1. Planejamento/Distribuição das Unidades

1.1.1 As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma Rede Estadual e/ou Regional de Assistência Cardiovascular, composta por Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e seus Serviços e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, que seja responsável pela assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade (Anexo III);

1.1.2 Tendo como base os preceitos das Normas Operacionais de Assistência à Saúde-NOAS 01-2002, a Coordenação Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada – DAE definirá a população de abrangência de cada Serviço de Assistência de Alta Complexidade.

1.2. Processo de Credenciamento

Entende-se por Credenciamento para Unidade de Assistência em Alta Complexidade

Cardiovascular, a autorização obtida pela unidade hospitalar para realizar os procedimentos definidos como de Alta Complexidade, conforme o Anexo III e o parágrafo único do Art. 2º desta Portaria. As exigências relativas aos serviços estão contidas a seguir.

1.2.1 - A abertura de qualquer Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de credenciamento do mesmo.

1.2.2 - Uma vez concluída a fase de Planejamento/Distribuição de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, conforme estabelecido no item 1.1 supra, confirmada a necessidade do credenciamento e conduzido o processo de seleção pelo Gestor do SUS, o processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 2002.

1.2.3- O Processo de Credenciamento deverá ser instruído com:

a – Preenchimento, pelo gestor local, do Formulário de Vistoria, conforme modelo constante no Anexo II A.

b - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por este anexo.

c - Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Vigilância Sanitária, que avaliará as condições de funcionamento da Unidade para fins de credenciamento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

d - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Serviço à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes;

e – Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação da existência de teto financeiro para o custeio da mesma.

1.2.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento pelo (s) Gestor (es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado para análise ao Ministério da Saúde/SAS;

1.2.5 - O Ministério da Saúde avaliará o processo de credenciamento através da Coordenação Geral da Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada-DAE/SAS. A aprovação do credenciamento estará vinculada à vistoria in loco, que será realizada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras - INCL, unidade própria do Ministério da Saúde e um representante do Gestor local. As Sociedades Científicas são os órgãos civis de apoio técnico na execução dessas ações, quando solicitadas pela Coordenação-Geral da Alta Complexidade.

1.2.6 - Caso a avaliação do credenciamento seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

1.3 - Registro das Informações do Paciente

A Unidade deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

a - Identificação do paciente;

b - Histórico Clínico;

c - Avaliação Inicial – de acordo com o protocolo estabelecido;

d - Indicação do procedimento cirúrgico;

e - Descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe

- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes.

f - Descrição da Evolução;

g - Condições ou Sumário da alta hospitalar;

h - Ficha de registro de infecção hospitalar;

i - Evolução ambulatorial.

1.4 - Estrutura Assistencial

As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer assistência especializada e integral aos pacientes com doenças do sistema cardiovascular, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do Gestor Estadual e/ou Municipal, que constitui exigência para o Credenciamento.

- a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde;
- b) Prevenção e Detecção Precoce de Doenças do Sistema Cardiovascular - As unidades devem desenvolver ou participar de Programas de Prevenção e Detecção Precoce das doenças do sistema cardiovascular. As atividades devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado, Distrito Federal ou Município;
- c) Diagnóstico e Tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença do sistema cardiovascular, compondo a Rede de Assistência aos pacientes portadores de Doenças Cardiovasculares, incluindo:
- Atendimento de Urgência/Emergência referida em Cardiologia que funcione nas 24 horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.
 - Atendimento Ambulatorial de Cardiologia Clínica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total máximo de 267 consultas/mês, para cada 180 cirurgias cardiovasculares/ano;
 - Atendimento Ambulatorial de Cardiologia Clínica Pediátrica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total máximo de 179 consultas/mês, para cada 120 cirurgias cardiovasculares/ano;
 - Atendimento Ambulatorial Angiologia e Cirurgia Vascular conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total máximo de 100 consultas/mês, para cada 180 cirurgias vasculares/ano;
 - Exames de Diagnose e Terapia em cardiologia e vascular a serem ofertados de acordo com a portaria GM/MS 1.101, de 12 de junho de 2002;
 - Internação hospitalar com leitos exclusivos ou de reserva programada, com salas de cirurgia exclusivas ou turnos cirúrgicos destinados às cirurgias eletivas; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;
- d) Reabilitação, suporte e acompanhamento através de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

1.5-Instalações Físicas

As áreas físicas da Unidade deverão possuir Alvará de Funcionamento e deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

- a) Portaria GM/MS nº 554, de 20 de março de 2002, que revoga a Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.
- b) Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

c) Resolução nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

d) Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

1.6. -Referência de Pacientes e Intercâmbio Técnico Científico

Os hospitais devem integrar o sistema de referência e contra-referência hierarquizado pelas Secretarias de Saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico científicos.

1.7. - Manutenção do Credenciamento

A manutenção do Cadastro estará condicionada:

a) ao cumprimento continuado, pela Unidade, das Normas estabelecidas nesta Portaria;

b) à avaliação por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela SAS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja a Unidade. Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos serviços produzidos, deverão ser encaminhados a Coordenação Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada - DAE/MS para análise;

c) o DAE/MS, através da Coordenação Geral de Alta Complexidade, determinará o descredenciamento ou a manutenção do credenciamento, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta portaria, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

3 – NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA”

A Unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares, em pacientes com idade até 18 anos.

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade, tem como pré-requisito para o seu Credenciamento em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, ser cadastrada ou ter como referência um Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

3.1 – Recursos Humanos

a) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em Cirurgia Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. É recomendável a formação em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica.

b) O médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou região metropolitana. No caso de responsável técnico de serviço instalado em Hospital Público, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais um serviço cadastrado pelo SUS, desde que instalado no mesmo município ou região metropolitana. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço cadastrado pelo SUS, desde que seja no mesmo Estado;

c) A equipe da especialidade de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico com título de especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

d) O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica deverá contar ainda com um quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento ambulatorial, de enfermaria, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

3.2 - Exigências para a Unidade

3.2.1 Equipe de Saúde Básica

a) Cardiologia Clínica Pediátrica: Médicos, com Título de Especialista em Cardiologia e área de atuação em Cardiologia Clínica Pediátrica, reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia e/ou estágio Cardiologia Pediátrica, por no mínimo dois anos, em centro reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão. Deve contar com um responsável técnico para a Cardiologia Clínica Pediátrica, médico com a titulação descrita acima.

b) Anestesiologia: Médicos com Certificado de Residência Médica e/ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

c) Pediatra: Médico com Título de Especialista em Pediatria reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou certificado de Residência em Pediatria emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário.

d) Medicina Intensiva em pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica: Médicos com Título de Especialista em Medicina Intensiva, com certificado em área de Pediatria e/ou Neonatologia, reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou Certificado de Residência Médica em Medicina Intensiva, emitido por Programa de Residência Médica, reconhecido pelo MEC ou Médicos com Título de Especialista em Cardiologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com área de atuação em Cardiopediatria, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de Médicos Intensivistas, recomendado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme portaria número 322/GM de 24 de março de 2000.

e) Enfermagem: A equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de Residência em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC, e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria a saber:

1 (hum) enfermeiro, para cada 08 leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno (incluído o enfermeiro coordenador).

1 (hum) auxiliar de enfermagem (AEnf) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 leitos reservados para atendimento em alta complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica por turno, a proporção mínima de AEnf/TE recomendada é de 2/1.

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item d, terá o prazo de 03 (três) anos para se adequar.

3.2.2 - Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável com: Cirurgião Pediátrico, Neurologista, Pneumologista, Endocrinologista e Nefrologista, residentes no mesmo município ou região metropolitana.

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;
- g- Terapia Ocupacional .

3.3 -Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que 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.

O Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica deve contar com Centro Cirúrgico equipado com uma (01) sala eletiva com:

- colchão térmico;
- instrumental cirúrgico pediátrico;
- mesa cirúrgica;
- desfibrilador com pás externas e internas;
- marcapasso temporário;
- oxímetro de pulso;
- 02 termômetros termoeletrônicos;
- 04 bombas de infusão, sendo no mínimo 2 bombas de seringa;
- controle de coagulação (TCA);
- 01 bomba extracorpórea por sala;
- capnógrafo;
- monitor de transporte;
- monitor de pressão não invasiva; com conjunto de manguitos para as diferentes faixas etárias;
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, dois canais;
- aquecedor de sangue;
- respirador com misturador tipo blender microprocessado.

3.4 - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica; hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade;

b) Unidade de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, e Equipamento de radiologia portátil, Doppler periférico portátil, Ecodopplercardiografia Transtorácica ou transesofágica, Ultrassonografia com Doppler e Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética.

A unidade de Imagenologia deverá participar de Programa de Controle de Qualidade.

- c) Eletrocardiografia;
- d) Holter;
- e) Ergometria;
- f) Unidade de Cardiologia Intervencionista;
- g) Unidade de Implante de Marcapasso (instalado em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular);
- h) Eletrofisiologia;
- i) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, publicada no D.O. de 22/8/01 ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução;

Obs.: Os exames de Cardiologia Intervencionista, Implante de Marcapasso, Eletrofisiologia, Holter, Ergometria, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e Ecodopplercardiografia Transesofágica poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

j) Unidades de Tratamento Intensivo Pediátrica e Neonatal cadastradas pelo SUS e classificadas como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998, contando ainda com os itens específicos da Medicina Intensiva Pós-operatória de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, conforme descrito a seguir.

Equipamentos da Unidade do Paciente Pediátrico e/ou Neonatal (Box ou leito) em Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica:

- Berço Fowler com grades e rodízios - 50% dos leitos
- Monitor Multiparamétrico (um por leito) contendo:
 - 1 módulo ECG
 - 1 módulo com dois canais de pressão invasiva (em 50% dos leitos)
 - 1 módulo de oximetria de pulso
 - 1 módulo de pressão não invasiva – PNI (em 50% dos leitos)
- Sistema bolsa-válvula-máscara (ambú) - 1 por leito
- Bombas de Infusão pediátrica - 4 para cada leito
- Estetoscópio - 1 por leito
- Painel de gases
- Foco Auxiliar

Equipamentos na Unidade de Medicina Intensiva para Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica:

- Carro de emergência com desfibrilador/ cardioversor bifásico, dotado de marca-passo transcutâneo, material para intubação e medicação e material para atendimento de emergência - 1 para cada 10 leitos;
- Balança eletrônica digital adequada ao peso;
- Berço aquecido para neonatos - 40% dos leitos;
- Incubadora com parede dupla - 1 para cada 6 leitos neonatal;
- Equipamento de Fototerapia - 1 para cada 6 leitos;
- Oftalmoscópio - 1 por UTI;
- Otoscópio - 1 por UTI;
- Aspirador portátil - 1 para cada 20 leitos;
- Foco Portátil Cirúrgico - 1 por UTI;
- Esfigmomanômetro - 1 para cada 5 leitos;
- Negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade;
- Maca de transporte com cilindro de O2 - 1 para cada 15 leitos;
- Monitor de transporte 1 para cada 10 leitos ;
- Ventilador Mecânico para transporte - 1 para cada 10 leitos;

- Cilindro de O₂ para transporte 1 para cada 8 leitos;
- Cadeiras de rodas;
- Eletrocardiógrafo portátil - 1 para cada 10 leitos;
- Gerador de Marcapasso externo A-V - 1 para cada 5 leitos;
- Respirador mecânico microprocessado – 70% do número de leitos;
- Equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 01 para cada 10 leitos;
- Conjunto de CPAP nasal - 1 para cada 4 leitos;
- Aparelho de radiologia móvel - 1 por Hospital;
- Estufa para aquecimento de soluções - 1 para cada 10 leitos;

3.5 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a - Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b - Avaliação dos pacientes;
- c - Indicação do procedimento cirúrgico;
- d - Protocolos médico-cirúrgicos;
- e - Protocolos de enfermagem;
- f – Protocolos de perfusão e assistência cardiocirculatória em cardiopediatria;
- g - Suporte nutricional;
- h - Acompanhamento em Fisioterapia e Reabilitação Funcional;
- i - Controle de Infecção Hospitalar;
- j - Acompanhamento ambulatorial dos pacientes;
- k – Acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marcapassos;
- l - Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese;
- m - Avaliação de satisfação do cliente;
- n - Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados.

3.6 - Produção do serviço

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, devem realizar, no mínimo 10 (dez) atos operatórios mensais ou 120 (cento e vinte) anuais em alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses, será auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

Obs.: A Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que possui Serviço de Cirurgia Cardiovascular e Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica deve solicitar os dois cadastros, separadamente, devendo realizar um total de 20 (vinte) atos operatórios mensais ou 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos. O responsável técnico pelos dois serviços poderá ser o mesmo, desde que atenda às exigências.

PARÂMETROS PARA A ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR

Centro de Referência

Parâmetro: 1 : 4.000.000 habitantes

Obs.: para aqueles Estados em que a população não alcance 4.000.000 hab., estes poderão ter, no máximo, 01 (um) Centro de Referência, desde que a unidade atenda as exigências desta portaria.

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular

Parâmetro: 1 : 600.000 habitantes

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica

Parâmetro: 1 : 800.000 habitantes

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista

Parâmetro: 1 : 600.000 habitantes

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular

Parâmetro: 1 : 500.000 habitantes

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Endovascular

Parâmetro: 1 : 4.000.000 habitantes

Obs.: - Para aqueles Estados em que a população não alcance 4.000.000 hab., estes poderão ter, no máximo, 01 (um) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, desde que instalado em Centros de Referência.

Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia

Parâmetro: 1 : 4.000.000 habitantes

Obs.: - Para aqueles Estados em que a população não alcance 4.000.000 hab., estes poderão ter, no máximo, 01 (um) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia, desde que a unidade atenda as exigências desta portaria.