

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Priscila Gomes de Mello

ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NA BAIXADA  
FLUMINENSE - RJ:  
análise do projeto Cardiorredes

Rio de Janeiro

2019

Priscila Gomes de Mello

ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NA BAIXADA  
FLUMINENSE - RJ:  
análise do projeto Cardiorredes

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim

Coorientadora: Elenice Machado da Cunha

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M527a Mello, Priscila Gomes de  
Atenção cardiovascular de alta complexidade na  
Baixada Fluminense - RJ: análise do projeto  
Cardiorredes / Priscila Gomes de Mello. - Rio de  
Janeiro, 2019.  
122 f.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim  
Coorientadora: Elenice Machado da Cunha

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2019.

1. Atenção a Saúde. 2. Integralidade em Saúde.  
3. Regionalização. 4. Procedimentos Cirúrgicos  
Cardiovasculares. I. Gondim, Grácia Maria de  
Miranda. II. Cunha, Elenice Machado da.  
III. Título.

CDD 362.1

Priscila Gomes de Mello

ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NA BAIXADA  
FLUMINENSE - RJ:  
análise do projeto Cardiorredes

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 29/05/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim (FIOCRUZ/EPSJV)

---

Profa. Dra. Elenice Machado Cunha (FIOCRUZ/EPSJV)

---

Profa. Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (FIOCRUZ/EPSJV)

---

Profa. Dra. Leyla Gomes Sancho (UFRJ/IESC)

*Dedico primeiramente a Deus, aos meus pais, por todo carinho que recebi durante a elaboração desse trabalho, às minhas avós Maria de Mello e Venina Gomes; e prima Gabriella Mello (in memoriam), por terem compartilhado lindos momentos na minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por toda sorte de bênçãos liberadas em minha vida e por ter me conduzido no enfrentamento das dificuldades, dando força, ânimo e coragem para chegar até a minha meta.

À minha família, Hugo Manoel Pinto de Mello, Conceição Gomes de Mello e amigos que nunca desistiram de mim e sempre me ofereceram amor e compreensão durante todas as etapas do Mestrado.

A todos os funcionários da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e em especial os do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde Joaquim Venâncio, Michele, Patrícia e Sandra pelo apoio e por proporcionaram um ambiente propício para o desenvolvimento da minha dissertação.

Aos professores, Felipe Machado, André Dantas, Francisco Lobo Neto, Júlio César Lima, Marcela Pronko, Márcia Teixeira, Marco Antônio Santos, Maria Cecília Carvalho, Marise Ramos, Ramon Castro, Carla Martins, Virgínia Fontes, Sérgio Oliveira e Raphael Guimarães pelos conselhos e ajuda durante o curso e elaboração da dissertação.

Às minhas orientadoras, Grácia Gondim e Elenice Cunha pelo apoio e paciência ao longo da elaboração da minha dissertação e pelas contribuições que proporcionaram o amadurecimento acadêmico. Também gostaria de deixar um agradecimento especial ao Instituto Nacional de Cardiologia pelas vivências e contribuições para minha dissertação.

*“Sonhe com o que você quiser.  
Vá para onde você queira ir. Seja o que você  
quer ser, por que possui apenas uma vida e nela  
só temos uma chance de fazer aquilo que  
queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-  
la doce. Dificuldades para fazê-la humana. E  
esperança suficiente para fazê-la feliz”*

*(Clarice Lispector)*

## RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional de Saúde na Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC) enfatizou a organização de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção, a criação de Centros de Referência e o credenciamento de novas unidades de serviços especializados. O Projeto Cardiorredes (PC) na Baixada Fluminense, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Cardiologia (INC) foi implementado em Duque de Caxias através do ambulatório especializado em Anticoagulação como forma de constituir uma Rede de Atenção em Cardiologia de Alta Complexidade para atender demandas da região da Baixada Fluminense. **Objetivo:** Analisar os princípios norteadores Projeto Cardiorredes na região da Baixada Fluminense no Estado do Rio de Janeiro estão em consonância com a PNACAC. **Métodos:** Foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa a partir de da análise documental. A PNACAC foi a referência para a construção das categorias de análise e investigação sobre os documentos relacionados com a implementação do PC. Foram analisados o Projeto Cardiorredes, Termo de Cooperação, Projeto do Ambulatório de Anticoagulação e portarias. **Resultados e Discussão:** Foram observadas que a inversão do modelo priorizou “a reorganização do modelo de procedimentos propedêuticos e terapêuticos de alta complexidade”, a integralidade foi um ponto forte na análise e estava agregada à amplificação do diálogo entre os gestores; a estruturação das redes de atenção foi um elemento constitutivo central; a padronização e credenciamento de novas unidades tiveram um menor enfoque nas ações e o fortalecimento dos hospitais de ensino quanto instrumento de controle e avaliação contribuiu como uma sólida estratégia através da capacitação de equipes multiprofissionais. **Conclusão:** A experiência do PC contribuiu para compreensão do papel institucional do INC no desenvolvimento de programas, projetos e ações. Estas são peças chaves para reflexão sobre o desenvolvimento da PNACAC e que é possível e emergencial a continuidade da conformação de redes de Atenção Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro.

**Palavras Chaves:** Integralidade; Regionalização; Redes de Atenção à Saúde; Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.



## ABSTRACT

**Introduction:** The National Health Policy in High Complexity Cardiovascular Care (PNACAC) emphasized the organization of State and / or Regional Attention Networks, the establishment of Reference Centers and the accreditation of new specialized service units. The Cardiorredes Project (PC) in the Baixada Fluminense, developed by the National Institute of Cardiology (INC) was implemented in Duque de Caxias through the Anticoagulation Outpatient Clinic as a way to form a High Complexity Cardiology Care Network to meet the demands of the region. Baixada Fluminense. **Objective:** To analyze the guiding principles Project Cardiorredes in the Baixada Fluminense region of the State of Rio de Janeiro are in line with PNACAC. **Methods:** A qualitative research was carried out based on document analysis. The PNACAC was the reference for the construction of analysis and research categories on the documents related to the implementation of the PC. The Cardiorredes Project, Cooperation Agreement, Anticoagulation Ambulatory Project and ordinances were analyzed. **Results and Discussion:** It was observed that the inversion of the model prioritized “the reorganization of the model of highly complex propaedeutic and therapeutic procedures”, the completeness was a strong point in the analysis and was added to the amplification of dialogue between managers; structuring care networks was a central constituent element; The standardization and accreditation of new units had less focus on actions and the strengthening of teaching hospitals as a control and evaluation instrument contributed as a solid strategy through the training of multiprofessional teams. **Conclusion:** The CP experience contributed to the understanding of INC's institutional role in the development of programs, projects and actions. These are key pieces for reflection on the development of PNACAC and that it is possible and emergency to continue the conformation of cardiovascular care networks in the state of Rio de Janeiro.

**Keywords:** Integrality; Regionalization; Health Care Networks; National Policy of High Complexity Cardiovascular Care.

## RESUMEN

**Introducción:** La Política Nacional de Salud en Atención Cardiovascular de Alta Complejidad (PNACAC) enfatizó la organización de Redes de Atención Estatales y / o Regionales, el establecimiento de Centros de Referencia y la acreditación de nuevas unidades de servicios especializados. El Proyecto Cardiorredes (PC) en la Baixada Fluminense, desarrollado por el Instituto Nacional de Cardiología (INC) se implementó en Duque de Caxias a través de la Clínica Ambulatoria de Anticoagulación como una forma de formar una Red de Atención de Cardiología de Alta Complejidad para satisfacer las demandas de la Baixada Fluminense.

**Objetivo:** Analizar los principios rectores El Proyecto Cardiorredes en la región Baixada Fluminense del Estado de Río de Janeiro está en línea con PNACAC. **Métodos:** se realizó una investigación cualitativa basada en el análisis de documentos. El PNACAC fue la referencia para la construcción de categorías de análisis e investigación sobre los documentos relacionados con la implementación de la PC. Se analizaron el Proyecto Cardiorredes, el Acuerdo de Cooperación, el Proyecto Ambulatorio de Anticoagulación y las ordenanzas.

**Resultados y Discusión:** Se observó que la inversión del modelo priorizaba "la reorganización del modelo de procedimientos terapéuticos y propedéuticos altamente complejos", la integridad fue un punto fuerte en el análisis y se agregó a la amplificación del diálogo entre gerentes; estructurar redes de atención era un elemento constitutivo central; La estandarización y la acreditación de nuevas unidades se centraron menos en las acciones y el fortalecimiento de los hospitales docentes como instrumento de control y evaluación contribuyó como una estrategia sólido a través de la capacitación de equipos multiprofesionales. **Conclusión:** La experiencia del PC contribuyó a la comprensión del papel institucional del INC en el desarrollo de programas, proyectos y acciones. Estas son piezas clave para la reflexión sobre el desarrollo de PNACAC y que es posible y urgente continuar la conformación de las redes de atención cardiovascular en el estado de Río de Janeiro.

**Palabras Clave:** Integralidad; Regionalización; Redes de atención médica; Política nacional de atención cardiovascular de alta complejidad.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Esquema de Organização de Serviços apresentado pelo Relatório Dawson.....	24
Figura 2: A Mudança dos Sistemas Piramidais e Hierárquicas para Redes de Atenção à Saúde.....	37
Figura 3: Fluxograma do Desenvolvimento do Estudo .....	63
Figura 4: Estado do Rio de Janeiro: Regiões de Saúde .....	69
Figura5: Perfil Geopolítico Município de Duque de Caxias .....	74

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1: Cobertura Estimada por Equipes de Atenção Básica e por Equipes de Estratégia de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro (2008-2014).....	72
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Instrumentos de Regionalização Previstos na NOAS 01/2002 .....	29
Quadro 2 – Elementos Constitutivos da Regulação dos Processos de Descentralização e Regionalização do SUS - Brasil, 1990 – 2010.....	32
Quadro 3 – Atributos Essenciais da Estrutura de “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária (OPAS).....	36
Quadro 4 – Configuração dos Níveis de Atenção na Rede de Serviços de Saúde de Acordo com Funções e Perfis Assistenciais .....	39
Quadro 5 – Declaração do Rio.....	45
Quadro 6 – Síntese da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC)– 2004.....	49
Quadro 7: Etapas da Análise Documental .....	65
Quadro 8: Distribuição de Serviços de Referência da Alta Complexidade Cardiovascular por Região e Município do Estado do Rio de Janeiro.....	69
Quadro 9: Serviços de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro.....	70
Quadro 10: Quantidade produzida e Quantidade Esperada de Procedimentos de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro .....	71
Quadro 11: Comparativo do número de serviços necessários e números de serviços habilitados para Atenção Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro .....	72
Quadro 12:Principais Causas de Mortalidade do Município de Duque de Caxias em 2008 .....	75

Quadro 13:Quantitativo de Serviços Hospitalares por nível de Complexidade no Município de Duque de Caxias em 2009 .....	76
Quadro 14: Documentos de Referência a PNACAC utilizados na Análise Documental .....	80
Quadro 15: Os Conceitos Chaves da PNACAC para articulação da lógica interna .....	83

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas na Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

CISBAF – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense

CIT – Comissões Intergestores Tripartite

CONASS – Conselho de Representação dos Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho de Representação dos Secretários Municipais de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

DAC – Doença Arterial Coronariana

DALY – Disability Adjusted Life for Years

DCBV- Doença Cerebrovasculares

DCNT- Doença Crônica Não Transmissível

DCV – Doença Cardiovascular

DIC – Doenças Isquêmicas do Coração

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz

HCL – Hospital de Cardiologia das Laranjeiras

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes

INC – Instituto Nacional de Cardiologia

INCOR— Instituto do Coração

INCL - Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras

MS- Ministério da Saúde

NHS – National Health Service

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OPM – Organização de Próteses Materiais

PA – Ambulatório de Anticoagulação de Duque de Caxias

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PC – Projeto Cardiorredes

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEI – Planejamento Estratégico Integrado

PES- Plano Estadual de Saúde

PMS- Plano Municipal de Saúde

PNACAC – Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

PPI – Programação Pactuada Integrada

PREFERE – Programa de Prevenção de Febre Reumática

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção em Saúde

SBHCI – Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

SBACV - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBCCV - Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

SBHCI - Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

SI — Sistema de Informações

SIH – Sistema de Informação Hospitalares

SOBRICE - Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular

SBC — Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica/

SBCCV — Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DACA)/

SBCCV — Instituto do Coração

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Plano de Compromisso e Gestão

TCTC – Termo de Cooperação Técnica Científica

USB – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO:</b> .....	17
<b>2.OBJETIVOS:</b> .....	21
2.1 OBJETIVO GERAL .....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3.REFERENCIAL TEÓRICO:</b> .....	22
3.1 A REGIONALIZAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DE REDES NO SUS .....	22
3.1.1 Regionalização na Saúde: Conceito e Abrangência.....	22
3.1.2 Relatório Dawson: Origem da Regionalização e da Constituição de Redes na Saúde .....	23
3.1.3 Regiões de Saúde e o Pacto Federativo .....	25
3.1.4 Redes de Atenção à Saúde (RAS): A Integração de Serviços e Ações de Saúde .....	34
3.1.5 Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro .....	40
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE .....	45
3.2.1 Instituto Nacional de Cardiologia (INC).....	52
3.2.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).....	54
3.2.3. Projeto Cardiorredes na Baixada Fluminense (PC) .....	57
3.2.4 Ambulatório de Anticoagulação INC em Duque de Caxias (PA) .....	59
<b>4. METODOLOGIA:</b> .....	61
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	61
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:</b> .....	66
5.1 O CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E A ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NA BAIXADA FLUMINENSE - RIO DE JANEIRO .....	66
5.1.1 Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro.....	68
5.1.2 O Município de Duque de Caxias .....	73
5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL .....	78
5.2.1 Elementos Constitutivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e sua Interface com o Projeto Cardiorredes.....	84

5.2.1.1 Inversão do Modelo .....	84
5.2.1.2 Integralidade a Atenção à Saúde .....	87
5.2.1.3 Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção Cardiovascular .....	90
5.2.1.4 Padronização das Unidades e Criação de Centros de Referência de Alta Complexidade .....	93
5.2.1.5 Instrumentos de Apoio à Gestão: Estratégias de Fortalecimento das ações de Controle, Regulação e Avaliação .....	95
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS:.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO I: EXTRATO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA INC/CISBAF .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO II: PROJETO CARDIORREDES NA BAIXADA FLUMINENSE .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO III: TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA INC/CISBAF .....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO IV: PROJETO CARDIORREDES AMBULATORIO DE ANTICOAGULAÇÃO .....</b>	<b>120</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) correspondem a um agregado de doenças que alteram o funcionamento do sistema cardiovascular e ou dos vasos sanguíneos (BRASIL, 2004a; PORTUGAL, 2017). Essas englobam as doenças das artérias coronárias que podem culminar com ataque cardíaco e outras doenças mais graves (PORTUGAL,2017).Essas patologias são consideradas das mais preocupantes em termos de saúde pública, em parte por se constituírem na principal causa de morte no mundo, e mais especificamente nos centros urbanos (IGLESIAS et al., 2010). Dentre as DCV com maior prevalência estão: a doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo no miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmias e as doenças hipertensivas.

Na população brasileira as DCV estão entre as principais causas de mortalidade em pessoas com idade acima de 30 anos. A taxa de mortalidade por DCV, nessa faixa etária, atingiu cerca de 20% nas últimas décadas, sendo que nas regiões sul e sudeste a prevalência foi maior do que nas outras regiões brasileiras no ano de 2009 (MANSUR; FAVARATO, 2012).

Segundo um estudo de carga de doença realizado no início da década de 2000 utilizando o indicador DALY (Disability Adjusted Life of Years), que mede anos perdidos por incapacidade, as doenças crônicas não-degenerativas apresentaram 66,3% da carga da doença no Brasil, as doenças infecciosas correspondiam a 23,5%; e as causas externas, 10,2% (SCHRAMM *et al.*, 2004).A elevação das taxas de mortalidade e morbidade de DCV nos países desenvolvidos tem sido amplamente relatada na literatura (AZEVEDO *et al.*, 1999). Na década de 1990 estudos sobre DALY em DCV relatavam 85 milhões de anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade, e as projeções para 2020 é de que as DCV prevaleçam como principal causa de mortalidade e incapacidade e que se elevarão para 140-160 milhões pelo indicador DALY, principalmente nos países em desenvolvimento (MURRAY; LOPEZ, 1999).

Nos últimos cinco anos, os gastos do orçamento público relacionados com os custos diretos e indiretos das DCV têm se elevado no Brasil. Os maiores gastos foram relacionados com as despesas com medicamentos (88%), previdência social (66%) e morbidades (33%). Neste período, ocorreu o aumento dos benefícios previdenciários concedidos por auxílio-doença e redução de aposentadorias ocorridas por DCV (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

No cenário da transição epidemiológica brasileira o aumento da expectativa de vida e aumento da carga da DCV apontam para necessidade de fortalecimento de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à implementação de políticas voltadas para a atenção à saúde cardiovascular em diferentes níveis de atenção. Considerando a diversidade regional do país e o

acesso da população aos serviços de saúde, a implementação da Política de Atenção Cardiovascular tem sido um grande desafio para os gestores nos diferentes níveis de atenção.

A regionalização é uma estratégia vinculada com a descentralização ao nível de ação do Estado em relação ao cuidado à saúde, conforme agenda política ministerial nas últimas décadas desde a institucionalização do SUS. Com a implementação do SUS em 1990, através da lei ordinária 8080/1990, foram construídas diversas intervenções governamentais para aumentar a integração da assistência nos serviços de saúde. A regionalização é considerada como uma das inovações institucionais para gestão do SUS (RIBEIRO, 2015).

A organização e a melhora da operacionalização dos processos recomendados pela regionalização, consolidado com a conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem apontado resultados positivos relacionados ao acesso e à qualidade da atenção. De acordo com Mendes (2010), as RAS são formadas por uma organização poliárquica de conglomerados de serviços de saúde que tem uma relação interdependente e cooperativa por base em objetivos convergentes para garantir uma oferta contínua e integral para uma população específica, ou seja, uma população caracterizada pela temporalidade, localidade, com recursos determinados, qualidade determinada e que se baseia numa assistência humanizada.

Considerando a epidemiologia e o impacto das DCVs na formulação de políticas de saúde, no ano de 2003, o Ministério da Saúde (MS) ampliou o campo de diálogo para aumentar o atendimento da população brasileira quanto ao acesso à atenção à saúde cardiovascular de alta complexidade e instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC) no SUS (PINTO JÚNIOR; PINHEIRO, 2012).

No estado do Rio de Janeiro os serviços de atenção cardiovascular apresentavam grandes limitações quanto à integração dos serviços de saúde. Havia dificuldades de organização e operacionalização do fluxo de pacientes por níveis de atenção, acesso aos produtos e informações de saúde, como por exemplo, o prontuário eletrônico único e barreiras para execução do cuidado integral. É importante ressaltar que na fase inicial de implementação da PNACAC, a Atenção Primária em Saúde (APS) apresentava baixa cobertura e não era principal porta de entrada da RAS/SUS (BOZZA, 2015).

A PNACAC, da forma como foi desenhada aponta para a reformulação da Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com a valorização de centros de referência. No Rio de Janeiro o INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC), determina, a partir da PNACAAC, uma nova conformação da organização e implantação de unidades hospitalares de referência, foi considerando um dos pilares a constituição de Redes Estaduais e/ou Regionais para atender a demanda estadual e federal (BRASIL, 2004c).

O INC é uma instituição federal que tem como referência a abrangência estadual para a atenção de alta complexidade cardiovascular. Realiza procedimentos cirúrgicos em melhores condições por dispor de uma infraestrutura, organização dos equipamentos tecnológicos e profissionais capacitados nas diferentes especialidades. É considerado centro integrador com responsabilidade de atendimento aos habitantes de todas as cidades do estado que não possuem ambulatorios que executem procedimentos altamente especializados. Destaca-se que nos últimos dez anos houve grande demanda de atendimentos para esta instituição, acarretando sobrecarga de solicitações para cirurgias cardíacas advindas de todo o estado do Rio de Janeiro. (INC, 2014b).

No Estado do Rio de Janeiro as áreas mais populosas correspondem às cidades da região metropolitana I, com destaque para a capital e alguns municípios da região da Baixada Fluminense. Segundo os dados do INC, os municípios de Duque de Caxias, Belford Roxo, Nova Iguaçu e Queimados são os que têm maior carência quanto ao cuidado do paciente portador de doenças cardiovasculares na alta complexidade (INC, 2014b).

O INC criou o Projeto Cardiorredes (PC) com inserção de Projeto Piloto no Polo de Duque de Caxias em 29 de abril de 2014 por meio do Ambulatório Especializado em Anticoagulação (PA). Essa iniciativa almejava avanços em termo de consolidação dos princípios organizacionais do SUS e do gerenciamento integrado com a RAS, e como facilitador da implementação da PNACAC (CISBAF, 2014).

O modelo hierarquizado e verticalizado dos serviços de Cardiologia na rede de assistência do SUS gerou, ao longo dos anos, fragmentação da atenção Cardiovascular nos três níveis de organização do sistema (atenção básica, média e alta complexidade). No contexto das RAS-SUS, a inserção do projeto Cardiorredes idealizava contribuir para a descentralização dos serviços de cardiologia em uma lógica horizontal e em consonância com os princípios do SUS de universalidade e integralidade.

O presente estudo trata da seguinte questão norteadora “O Projeto Cardiorredes está em consonância com as preconizações da Política de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade na região da Baixada Fluminense?”

O tema desta pesquisa foi motivado pela necessidade de compreender o contexto de desenvolvimento da PNACAC, mediante os desafios colocados pelo cumprimento do princípio da descentralização, para consolidação e fortalecimento do SUS por meio da implementação do Projeto Cardiorredes na região da Baixada Fluminense.

O estudo apresenta relevância para o setor saúde dado que aborda a articulação intersetorial e regionalização, quanto ao planejamento estratégico, para formação de uma rede

de atenção à saúde cardiovascular de alta complexidade, que possa ser resolutive para o enfrentamento dos problemas de saúde da população na região Metropolitana I, no Estado do Rio de Janeiro.

Este estudo visa agregar conhecimentos para a organização dos serviços de atenção em cardiologia com possibilidades da formulação de novos questionamentos para resolução de problemas específicos relacionados à oferta desses serviços, de forma a promover a redução das desigualdades em saúde no acesso à atenção cardiovascular de alta complexidade.

A escolha do referido estudo surgiu a partir da minha atuação no Projeto Cardiorredes como Técnica em Assuntos Educacionais do INC, desde junho de 2014 no qual participei das reuniões com representantes da Secretária de Saúde do Município de Duque de Caxias e do CISBAF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense) para a organização do primeiro Ambulatório de Anticoagulação da Baixada Fluminense.

A participação em diversas reuniões para a organização do Projeto, pactuação de metas entre os gestores e organização do treinamento de equipes da saúde de diferentes níveis de complexidade, tanto no escopo da Educação Continuada quanto na Educação Permanente dos profissionais envolvidos, suscitou inquietações sobre a implantação do mesmo no âmbito do consórcio da Baixada Fluminense.

O ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, contribuiu para aprofundar a reflexão sobre a Política Nacional de Atenção Cardiovascular na baixada fluminense no Rio de Janeiro a partir da implementação do projeto Cardiorredes, e como este poderia contribuir no atendimento a PNACAC, na perspectiva de ampliar a efetividade de ações e procedimentos de alta complexidade, possibilitando o fortalecimento do SUS e o acesso a população de forma mais igualitária.

## **2.OBJETIVOS:**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

Analisar os princípios norteadores Projeto Cardiorredes na região da Baixada Fluminense no Estado do Rio de Janeiro estão em consonância com a PNACAC.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar a Política de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Brasil;
- Analisar a configuração da dinâmica (estrutura, aspectos epidemiológicos e diretrizes/princípios) do Projeto Cardiorredes na RAS para o atendimento a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade;
- Comparar os elementos constitutivos do Projeto Cardiorredes e do Projeto do Ambulatório de Anticoagulação de Duque de Caxias com a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO:**

#### **3.1 A REGIONALIZAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DE REDES NO SUS**

##### **3.1.1 Regionalização na Saúde: Conceito e Abrangência**

A Regionalização é um processo técnico-político influenciado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde. Esse processo envolve um grau de complexidade, pois engloba: a elaboração de estratégias e instrumentos de planejamento, a coordenação, a regulação e o financiamento de uma rede de ações e de serviços de saúde no território; a inserção de elementos diversificados e diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde; a integração de diferentes campos da atenção à saúde e articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a diminuição das desigualdades sociais (LIMA *et al.*, 2012b).

Complementando a visão de Lima *et al.* (2012b), Santos e Campos (2015) afirmam que regionalização compreende a identificação de uma região de saúde formalizada, constituída por um aglomerado de territórios municipais assimétricos, fronteirizos e com o potencial de construir uma rede de serviços integrados. Esses serviços devem ter resolutividade em relação aos problemas de saúde daquela região, planejados de forma a assegurar a efetividade da integralidade da atenção à saúde: da atenção primária à terciária (conforme a organização dos recursos tecnológicos) com um progresso sanitário qualitativo.

De acordo com Albuquerque (2014, apud VIANA, 2015), para a delimitação de uma região de saúde é essencial considerar as diversidades e as desigualdades socioespaciais no território brasileiro e as suas associações com o modelo federativo, pois condiciona o planejamento da gestão regional do SUS. Porém, por mais que a regionalização tenha um grande potencial, a sua efetivação se depara com barreiras, como a institucionalização de uma rede de atenção homogênea que é desenvolvida numa realidade heterogênea, formada por entidades autônomas e com uma forte influência de conflitos políticos.

A organização do sistema de saúde através da regionalização busca delimitar regiões de saúde através de recortes territoriais em espaços geográficos contínuos. Para determinar a configuração dessas regiões, os gestores municipais e estaduais devem considerar as identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Desse modo, as ações e serviços devem ser organizados com a finalidade de atender as necessidades das populações municipais vinculadas de forma a



garantir o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado. Para isso, as ações devem ser articuladas com a atenção básica na assistência e em conjunto com média complexidade e ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

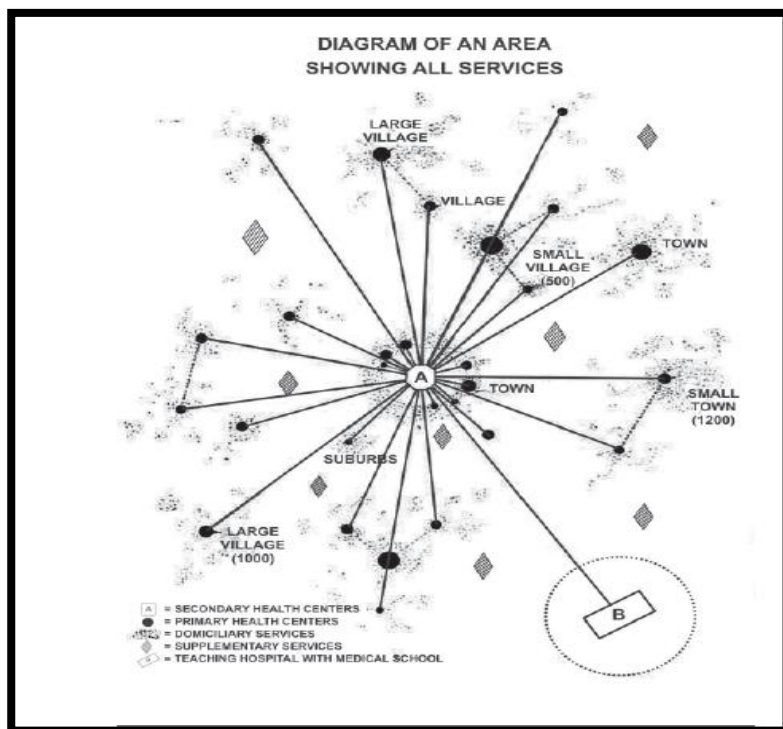
Para LIMA *et al.* (2012a, apud VIANA *et al.*, 2015) o processo de regionalização promove a universalidade do acesso à saúde, pois possibilita as ações de planejamento e organização das redes de serviços da rede de atenção à saúde conforme o diagnóstico das necessidades de saúde regionais, contribuindo para integração racional e equitativa das intervenções e serviços de saúde conforme a oferta e problemas no contexto sócio-sanitário, adequando os recursos humanos e tecnológicos no complexo regional de saúde, facilitando os diálogos dos atores quanto às responsabilidades e pactuações.

Para Viana e Machado (2009), a dinâmica de sistema de serviços de saúde no âmbito público, as regiões de saúde são os espaços onde há uma responsabilidade sanitária. Conforme o princípio da cooperação gerenciada, é fundamental que haja uma conformidade muito clara das ações e serviços de saúde será disponibilizada para a população destas regiões. Este tipo de gerenciamento é referido em outros sistemas de saúde universais, conhecidos como sistemas de serviços de saúde de base populacional ou dawsonianos.

### 3.1.2 Relatório Dawson: Origem da Regionalização e da Constituição de Redes na Saúde

Para discutir a construção lógica sobre a formação de redes regionalizadas é fundamental abordar o Relatório Dawson que foi elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, sendo considerado um dos primeiros registros da formação da Atenção Primária à Saúde sob a concepção de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade numa região de saúde definida geograficamente (LAVRAS, 2011). O esquema de organização de serviços propostos pelo Relatório Dawson pode ser analisado na Figura 1.

Figura 1: Esquema de Organização de Serviços apresentado pelo Relatório Dawson



Fonte: (KUSCHNIR, 2015a)

Para cada território era proposto um sistema organizado de serviços para atenção integral da população no qual foram ofertados serviços “domiciliares” que tinha como apoio centros de saúde, laboratórios, radiologia e acomodação para internação (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p.2308):

“Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam. Os profissionais trabalhariam de forma integrada, de modo que [...] *o pessoal adscrito aos centros de saúde poderia acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar.* O centro primário foi proposto como núcleo do sistema, onde os médicos generalistas poderiam se relacionar com especialistas e consultores, central ao aperfeiçoamento profissional, já que “[...] o médico sai da universidade e observa a enorme discrepância entre sua preparação e as necessidades dos pacientes que deve atender.”

De acordo com Kuschnir e Fausto (2015), numa análise dos sistemas de saúde, pode-se identificar que no final da década de 1920, a União Soviética já havia constituído em seu sistema de saúde, o pioneirismo de inserir toda a população, e não apenas a classe trabalhadora, mesmo não havendo em contraposição as contribuições de fundos ou caixas. Portanto, trata-se do primeiro sistema centralizado e tendo o Estado como controlador, a partir da instituição de uma rede de centros hospitalares.

O modelo de organização em redes foi a estratégia de gerenciamento de intervenções na solução da problemática da garantia do acesso com equidade à população inglesa; e para garantia de eficiência e qualidade foram estabelecidos uma série de mecanismos de referência para garantir o cuidado integral e a regionalização, que deveria ser planejada em territórios de grande porte populacional (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O Relatório Beveridge apresentado em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial introduziu a discussão sobre a política de proteção social e uma nova proposta para a organização do sistema de saúde universal e equitativo. Com isso, foram inseridas nas pautas de discussões a organização de serviços, modalidades de financiamento e gestão, e a regionalização (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A criação National Health Service (NHS) britânico, em 1948, possibilitou a organização dos serviços e seguiu a prescrição do Relatório Beveridge. Posterior a nacionalização dos hospitais, as regiões de saúde foram estabelecidas como delegação do poder central, com a referência de um hospital universitário e com populações da ordem de dois milhões de pessoas. Existia uma relação próxima entre os princípios da universalidade, equidade e integralidade e as estratégias de regionalização e hierarquização, o que serviu de referência para configuração em redes que foi seguido por outros os países (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial, a maioria dos países desenvolvidos instituíram reformas em seus sistemas de proteção social, englobando os que continuaram com o seguro social, mas que progressivamente seguiam para inserção como sistema público estatal ou com a regulação do Estado, no sentido de assegurar direitos sociais mais abrangentes para todos os grupos populacionais (KUSCHNIR; FAUSTO, 2015).

### 3.1.3 Regiões de Saúde e o Pacto Federativo

A Regionalização, no âmbito do setor da saúde brasileira, foi inserida na conformação das políticas de redemocratização e tem se ampliado desde a Constituição Federal de 1988. Para atender as normativas constitucionais, a regionalização tem um papel preponderante na preservação do equilíbrio e na interdependência entre os entes federados para gestão pública, possibilitando a interação nacional e a diminuição das desigualdades regionais. Com isso, é realizada a transferência das responsabilidades quanto à distribuição dos recursos públicos com a finalidade de efetivar as atividades de descentralização das ações governamentais para regulação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

De acordo com Santos e Campos (2015), a região de saúde torna-se elemento ordenador capaz de efetuar mudanças na fragmentação de ações e serviços de saúde, no isolamento, no centralismo federal programático e na ausência de planejamento regional. A região, por meio de ações sinérgicas de compromissos e pactuações, promoverá a gestão compartilhada e a integração dos serviços em rede, articulando horizontalmente e de forma sistêmica, diferentes portes de municípios com a finalidade para cumprir com a integralidade do cuidado, sem perder o princípio constitucional da descentralização.

É importante ressaltar que a amplificação e potencialização de medidas organizacionais no âmbito local e regional na saúde devem favorecer a articulação entre todos os entes envolvidos. Em primeiro lugar, a organização hierárquica, deve ser constituída com maior autonomia e responsabilidade sanitária dos municípios; de maneira sequencial, a atenção básica com efetivo exercício no acesso e o fortalecimento do vínculo entre os usuários e as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), buscando garantir a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do acesso, além disso, promovendo o desenvolvimento de um sistema de saúde integrado com a produção social de saúde (SILVA; GOMES, 2014).

Na década de 1990 foram instituídas algumas instâncias e ferramentas com direcionamento para descentralização das ações e serviços de saúde, determinando estratégias essenciais para a ampliação das relações intergovernamentais e continuidade da implementação do SUS. Nesse âmbito foram instituídas as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT), onde são desenhadas, articuladas e pactuadas as ações para o gerenciamento do SUS. Através das pactuações têm sido pautadas normatizações que estruturam o processo de descentralização, atribuindo responsabilidades para os estados e municípios (BRAGA *et al.*, 2013).

Na perspectiva de operacionalizar princípios do SUS, referidos à descentralização e à regionalização de serviços e ações, a partir de 1991 uma série de Normas Operacionais foram editadas (1991, 1992, 1993, 1996, 2000 e 2001). Cada um desses dispositivos legais introduziu mecanismos (gestão e gerência), instrumentos (controle, avaliação, monitoramento e regulação) e procedimentos específicos (protocolos, financiamento), com a finalidade de tornar ágil, resolutivo, transparente e de qualidade as ações e a rede de serviços disponibilizados e sob a responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (BRAGA *et al.*, 2013).

Conforme a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 01/93), a descentralização é constituída dos seguintes elementos: redistribuição de poder, reorganização institucional com interfaces com as diferentes dimensões políticas, sociais culturais, diálogos negociação e gestão democrática. É ressaltada a valorização dos papéis e novas formas de condução entre as três

esferas do governo. Portanto, é considerado o primeiro documento que regula o processo de descentralização por intermédio das Comissões Intergestores Tripartite, das Comissões Bipartites e dos Conselhos Municipais (BRASIL, 1993; SCATENA; TANAKA, 2001).

A partir da publicação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/ 96) pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), há a valorização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde para o fortalecimento da regionalização e hierarquização da rede de serviços para a gestão e mobilização dos municípios, com a coordenação estadual (LIMA, 2000).

Com a aprovação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) (BRASIL, 2001) foi possível ampliar as responsabilidades dos municípios sobre a Atenção Básica, conceituar o processo de regionalização da assistência, formular mecanismos para o fortalecimento do potencial de gestão do SUS e modificar critérios de habilitação de estados e municípios. O processo de regionalização é caracterizado na NOAS/2001 como uma estratégia para hierarquização dos serviços de saúde de forma a contribuir para a equidade, portanto deve contemplar as seguintes considerações:

“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”.

Através da NOAS 01/2002, a concepção de regionalização foi retomada na expectativa de gerenciar mediações com a finalidade de agregar sistemas municipais de saúde, com o vínculo da coordenação dos gestores estaduais, rompendo limites e diferenciais de acesso entre cidadãos de diversas localidades, portanto, um direcionamento no exercício do direito à saúde quanto à ordem geográfica (BRASIL, 2002; MACHADO, 2009).

A regionalização assistencial descrita pela NOAS 01/2002 recomenda a gestão pela lógica horizontal, integrando sistemas locais por meio de pactuações, pelas quais gestores municipais acordariam compromissos para que os polos regionais ou “exportadores” de serviços atendessem usuários encaminhados pelos referenciados ou “importadores”, formalizando uma rede assistencial institucional hierarquizada na qual qualquer cidadão, independentemente de vinculação jurisdicional, tenha direito ao acesso ao atendimento em todos os níveis de complexidade (MACHADO, 2009).

Conforme a NOAS 01/2002, as mudanças necessárias para o ajuste do modelo de atenção à saúde, devem ser fundamentadas em um planejamento por intermédio de indicadores

sociais, epidemiológicos, com ações de origem fundamentadas nas concepções do território, risco e diagnóstico local de saúde. Sendo assim, para a implementação da regionalização do SUS em um território específico foram formulados três instrumentos, conforme o Quadro 1 (GUERREIRO; BRANCO, 2011; SILVA; GOMES, 2014):

Quadro 1: Instrumentos de Regionalização previstos na NOAS 01/2002

<b>Instrumentos de Regionalização</b>	<b>Definição e função</b>
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Instrumento essencial no planejamento em saúde, pois apresenta o delineamento do processo de pactuação entre gestores, podendo conter a caracterização do Estado. A pactuação é realizada durante a identificação das regiões de saúde e são planejadas as ações e serviços a serem ofertadas por cada uma delas. Conforme os instrumentos são identificados os Colegiados de Gestão Regional (CGR) a serem organizados. Por intermédio do gerenciamento da PPI são organizadas as redes de atenção das regiões de saúde e são instituídos complexos regulatórios do sistema e outras formas de organização através de processos pactuados intergestores, com a finalidade de amplificar as ações de saúde nas regiões.
Programação Pactuada Integrada (PPI)	Processo no qual, em concordância com o planejamento, se determina e quantifica as ações de saúde para a base populacional territorial. É por intermédio deste que se concretizam os pactos intergestores que visam assegurar o acesso da população aos serviços de saúde. É através da PPI que as ações de saúde são previamente planejadas. Esta pactuação tem por objetivo a alocação de recursos financeiros estabelecidas por critérios e parâmetros definidos intergestores. No documento da PPI, os gestores justificam os “pactos de referência” dos quais um município inicia o atendimento da população de outro município, ambos associados à mesma região de saúde, discriminando os recursos com destino para o atendimento da própria população e a ela relacionada.
Plano Diretor de Investimentos (PDI)	Instrumento que informa os recursos de investimentos tripartite que tem por finalidade a superação das desigualdades do acesso e assegurar a integralidade da atenção à saúde, em conformidade com o planejamento estadual e regional. Ao nível regional, é fundamental refletir sobre as principais demandas de saúde para atingir a suficiência da atenção à saúde. Os planejamentos de investimentos são acordados e aprovados na CIB, pois a conformação final conterà recursos financeiros de investimentos disponibilizados para o processo de regionalização, ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, à aquisição de equipamentos, à construção dos espaços de regulação, à promoção da equidade inter-regional e outras necessidades pactuadas da região de saúde.

Fonte: Guerreiro e Branco, 2011; Silva e Gomes, 2014

O Pacto pela Saúde foi instituído em 2006 com enfoque na superação das dificuldades do país com sua complexidade territorial e as desigualdades sociais, além da dificuldade de gerenciar os conteúdos normativos técnico-processuais para a gestão em saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde visou, em parte, o processo de descentralização no que tange à ampliação da oferta dos serviços do SUS em consonância com a realidade social, política e administrativa em todo o país. A ideia central é considerar especificidades regionais para superação da fragmentação das políticas e programas de saúde para melhorar a qualificação da gestão. Neste contexto, as Redes Regionais ou Região de Saúde preconizadas são as que podem ser definidas como (BRASIL, 2006a):

“... base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde” (III Diretriz, Pacto de Gestão).

De acordo com Carneiro *et al.* (2014), o Pacto pela Saúde promoveu acordos entre as três esferas do governo pela pactuação e adesão por meio da assinatura do Termo de Compromisso e Gestão (TCG), no qual determina competências, responsabilidades, objetivos e metas de acordo com os indicadores e prioridades. Neste instrumento foram definidas “prioridades articuladas e integradas” que fazem parte de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida está vinculado a um conjunto de responsabilidades sanitárias considerado primordial expresso por meio de objetivos de ações, e à resultados que determinam a magnitude da situação de saúde populacional; enquanto o Pacto em Defesa do SUS estabelece entre os gestores do SUS a repolitização da saúde como estratégia de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (CARNEIRO et al, 2014).

O Pacto pela Gestão do SUS prevê a radicalização da descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para as demais esferas (estadual e municipal), e procura reduzir o processo burocrático dos processos normativos. Além disso, valorização da territorialização da saúde apresenta como um dos principais fundamentos organizativo dos sistemas, determinando regiões sanitárias e colegiados na gestão regional (BRASIL, 2006a).



De acordo com Viana, Lima e Oliveira (2002, apud FIOCRUZ, 2013, p.86), no período de 1990 a 2010 a regulação de processos de descentralização e regionalização do SUS sofreu transformações, sendo possível identificar elementos de continuidades e mudanças na estrutura do marco regulatório do SUS. Muitas ações que aconteciam de forma isolada no âmbito municipal, passaram a ser integradas; tem sido agregado o fortalecimento dos vínculos interfederativos através da evolução de instrumentos como a PPI, o PDR e o PDI.

Além disso, os acordos federativos e as negociações entre os entes federado, que se iniciaram por intermédio de conselhos, tem valorizado a PPI como estratégia de pactuações, além de legitimar a importância do aumento da cobertura da atenção básica associadas ao Pacto pela Saúde (Quadro 2).

Quadro 2: Elementos Constitutivos da Regulação dos Processos de Descentralização e Regionalização do SUS – Brasil, 1990-2010

Período	Portarias	Sobre o Modelo de Atenção	Integração de ações e Serviços	Relações e Acordos Federativos
1990 a 1992	NOB 91/92	Ausente	Ausente	Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS) e CIT.
1993 a 1995	NOB 93	Definição de Responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para condição de gestão mais avançada vigente (semiplena).	Fraca: vinculadas a ações municipais isoladas.	Negociações em âmbito nacional e estadual por meio dos Conselhos de Representação, CONSEMS e CIB. Iniciativas isoladas de Consórcios Formalização de acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.
1996 a 2000	NOB 96	Programa dos Agentes Comunitários na Saúde (PACS)/ Programa Saúde da Família (PSF). Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, cataratas, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena).	Moderada: vinculada às negociações intermunicipais, com mediação da instância estadual (Programação Pactuada Integrada –PPI).	Negociações em âmbito nacional e experiências de negociação regionalizadas (ex: CIB regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização de acordos intergovernamentais por meio de processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.
2001 a 2005	NOAS 2001/2002	Manutenção dos dispositivos anteriores e definição de responsabilidades mínimas para atenção básica. Redefinição de procedimentos da atenção de média e de alta complexidade. Criação de protocolos para assistência médica.	Fonte vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no planejamento regional; ênfase nas negociações intermunicipais no processo de planejamento sob coordenação da instância estadual (PPI, PDR e PDI).	Negociações no âmbito nacional e estadual; e experiências de negociação regional isoladas (ex: CIB regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização de acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPIe de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).
2006 a 2010	Pacto pela Saúde	Definição da responsabilidades em todos os níveis e campos da atenção.	Fonte vinculada à ampliação da concepção que embasa a regionalização no âmbito estadual: ênfase na pactuação entre as esferas do governo; manutenção dos instrumentos previstos nas NOAS (PPI, PDR e PDI).	Negociações em âmbito nacional, estadual e regional, por meio da conformação de CGR. Formalização de acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados (conjunto de metas atreladas a indicadores).

Fonte: FIOCRUZ,2013

De acordo com Guimarães (2005), a construção do significado de região de saúde pode ser concebida como uma concepção dialética da totalidade, pois a dimensão deste conceito reflete uma compreensão de que uma região de saúde é uma “parte” e ao mesmo tempo “todo”, trata-se de uma totalidade dinâmica ou aberta que tem um movimento, e ao mesmo tempo delimitada por uma escala geográfica (GUIMARÃES, 2005).

Para Guimarães (2005), a dimensão político-operativa das regiões de saúde, preconizada pela NOAS, permitiu a promoção de maior integração entre os três níveis de gestão dos serviços de saúde para o enfrentamento das barreiras para o direcionamento de um comando único. Contudo, foi sistematizada com que o autor considera como conservadorismo “ibegeano”.

Nesse contexto, o autor afirma que pode ser identificada uma “ilusão tecnocrática” que contribui para uma compreensão de que a cultura nas políticas territoriais no Brasil segue uma concepção hierárquica que tende para a racionalização das ações, com a tomada de decisão baseada nas informações mais favorecidas, sob a prioridade das normatizações. Trata-se de uma “concepção geométrica do espaço” pelo qual os módulos assistenciais dos territórios estaduais formariam uma totalidade espacial com um amplo complexo mosaico.

Para Santos e Campos (2015), o modelo de gestão de saúde pautado em regiões de saúde é fundamental para resolver os conflitos existentes pelo fracionamento das ações e serviços de saúde que estava sendo desenvolvida de forma isolada pelo centralismo federal e distanciado do contexto de um planejamento regional. Através da região de saúde pode ser obtida uma forma mais integrada na oferta de serviços, pois os municípios se unem por uma rede de forma sistemática com a finalidade de propiciar a integralidade na assistência da saúde por não perder a interface com a descentralização.

Além disso, para esses autores, a região de saúde melhora a agregação entre as ações e serviços de saúde nos estados de maneira a qualificar a gestão do SUS e promover a integralidade, e, desse modo deve ser analisada sob a fundamentação sanitária e não somente pelo aspecto administrativo, tem caráter qualitativo não pelo enfoque simplista de uma divisão administrativa do Estado, mas como um “*locus da integralidade*”. Portanto, ela tem que ser resolutiva no aspecto de sanar numa tendência aproximada das necessidades reais de saúde de uma população regional específica, como um componente de um sistema nacional, estadual e intermunicipal de acordo com a sua localização específica na região de saúde e no espaço de interação do usuário-serviço (SANTOS; CAMPOS, 2015).

### 3.1.4 Redes de Atenção à Saúde (RAS): A Integração de Serviços e Ações de Saúde

O conceito de rede é trabalhado em diferentes campos do saber, tais como na sociologia, na psicologia social, na administração e na tecnologia de informação. No âmbito da saúde destaca-se na literatura a noção relacionada à organização da oferta de serviços organizados em sistema ou rede, tramas (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Para Castell (2000, apud MENDES, 2011), as redes se apresentam como novas formas de organização social do Estado ou da sociedade, como complexas bases de tecnologia da informação e fundamentadas na cooperação entre unidades que possuem autonomia. O autor identifica importantes conceitos e elementos nas redes: relações estáveis, autônomas, ausência de hierarquia, compartilhamento de objetos com fins comuns, cooperação, confiança, interdependência e contínuo intercâmbio e a duração dos recursos.

Para Pondolny e Page (1998, apud Mendes 2011), o desenvolvimento de redes promove uma série de vantagens em processos de organização em larga escala: capacidade de aprendizagem, funcionalidade no fluxo da disseminação de conhecimentos, manejo das informações existentes para construção de novos conhecimentos; fortalecimento do *status*, geração da diversidade de vínculos entre atores sociais e instituições de forma a minimizar as inseguranças nas políticas e nos programas; benefícios econômicos com relações de intercâmbio com retornos por escala com redução de custos e melhoria da qualidade do serviço.

De acordo com Fleury e Ouverney (2007), a constituição de redes têm sido uma proposta coerente na administração de políticas e projetos dos quais se tem escassez de recursos e problemas complexos; onde há interação entre atores dos setores públicos e privados, centrais e locais, onde há manifestação de uma demanda crescente por benefícios e pelo exercício da participação cidadã.

Pode-se compreender que as redes são modeladas em árvores ou em malha. Redes hierárquicas ou piramidais são constituídas pela diminuição de interligações entre seus diversos ramos. Há predomínio de fluxos hierárquicos com início num centro menor em direção ao seu superior e, sem caminhos alternativos, podem aparecer pontos de estrangulamento, que por sua vez, impedem o acesso da população para os níveis mais superiores da hierarquia (OLIVEIRA, CARVALHO & TRAVASSOS, 2004).

Baseado na experiência internacional, somente os países que estabeleceram sistemas de saúde universais alavancaram a garantia efetiva na cobertura do acesso, por intermédio de um modelo de atenção baseado em redes hierarquizadas e regionalizadas, pois há uma relação

de proximidade entre a organização da atenção pela conformação de redes e os fins de equidade e universalidade (KUSCHNIR, 2015 b, p.131).

Nos sistemas organizacionais de serviços de saúde norte-americanos, as redes consideram os seguintes atributos: foco nas demandas de saúde populacional, coordenação e integração do cuidado com cuidado contínuo, comunicação com usuários por sistemas de informação, prestadores de serviços e gestores no contínuo cuidado, informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias, alocação de recursos financeiros e estruturas organizacionais para ajustar governança, gestores e profissionais de saúde em busca de suas metas e a busca pela melhoria dos serviços prestados. Pode-se compreender por estes elementos constitutivos que a definição de rede, neste caso seria a considerada por Shortell *et al* (1996):

“Redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”.

Contudo, esta definição apresenta-se limitada quanto à configuração do papel do Estado no contexto da política pública da saúde e do direito humano ao acesso da população. Neste conceito, atribui-se a população a responsabilidade individualizada pelos seus próprios resultados clínicos dentro do sistema integrado das organizações de rede.

Em uma definição similar adotada por Shortell (1994, apud KUSCHNIR, 2015a, p. 124), no contexto dos sistemas integrados que foi amplamente disseminado no qual ele conceituava como rede regionalizada de saúde:

“Uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, um continuum coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.

Porém, essa definição não agrega as complexidades relacionadas com o território, portanto, não é adequada para o tratamento de redes regionalizadas. Essa limitação retrata que na trajetória histórica a constituição dos sistemas integrados americanos que foram baseados no desenvolvimento dos planos privados e por sua conformação organizacional na esfera mercadológica não agrega os princípios da universalidade e/ou a equidade (KUSCHNIR, 2015a, p.124).

Em 2008, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) fomentou consultas nacionais e regionais para formalizar a validação de sua proposta de organização de redes, que foi conhecida como “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” (OPAS, 2010), onde enfatiza catorze atributos constitutivos das Redes de atenção a saúde com embasamento na atenção primária (Quadro 3):

“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

Essa concepção de redes, que vai ao encontro das premissas do SUS no âmbito da regionalização, compreende a atenção primária como imprescindível para o alcance da equidade e integralidade (KUSCHNIR, 2015a).

Quadro 3. Atributos Essenciais da estrutura de “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” (OPAS, 2010)

ATRIBUTOS	
1	População/território definidos sob sua responsabilidade e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde.
2	Extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em patologias, riscos e populações específicas e os serviços assistenciais e de saúde pública.
3	Um primeiro nível de atenção que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população.
4	Prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados, os quais acontecerão preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
5	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do continuum de serviços de saúde
6	Cuidado da saúde focado na pessoa, na família e na comunidade considerando as diversidades socioculturais.
7	Sistema de Governança Único para toda a rede
8	Ampla participação social
9	Ações Intersetoriais e abordagem sobre os determinantes da saúde e da equidade da saúde.
10	Gestão Integrada dos sistemas de apoio logístico, clínico e administrativo
11	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e legitimados pela rede.
12	Sistema de Informação Integrado que vincula os usuários da rede.
13	Gestão Baseada em Resultados
14	Financiamento adequado e incentivos financeiros atrelados às metas das redes

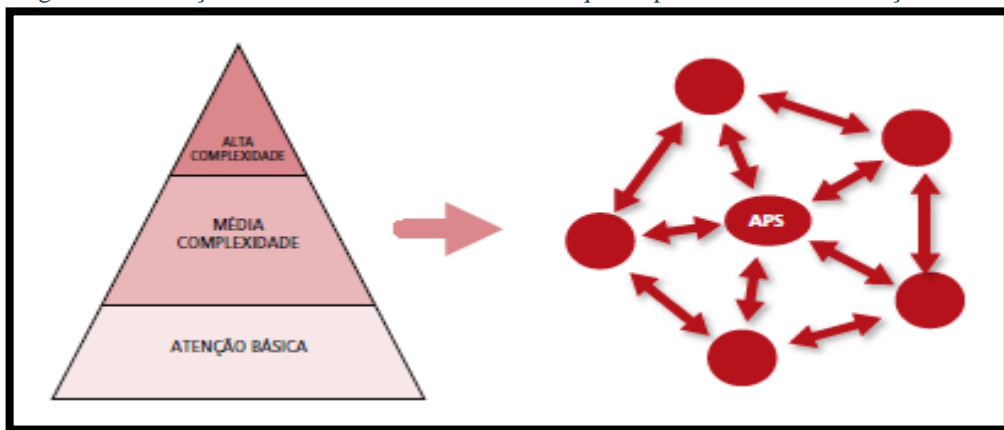
Fonte: Kuschnir (2015a, apud OPAS, 2010); Lima, *et al.* (2012a)

Para Mendes (2010), redes de saúde são organizações poliárquicas, que reúnem conjuntos de serviços vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no

tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - com responsabilidades sanitárias e econômicas, de forma agregar valores para a população.

Para esse autor, podemos identificar nas novas concepções sobre RAS que as características de uma rede hierárquica e piramidal foram modificadas para um modelo de redes poliárquicas de atenção à saúde; na medida em que há redução das diferenças de densidades tecnológicas, se propões o rompimento com relações verticalizadas e institui-se uma nova conformação para redes policêntricas horizontais, conforme a Figura 2 (MENDES, 2011).

Figura 2. Mudança dos Sistemas Piramidais e Hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011)

As RAS possuem seis modalidades de integração que são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008):

“(...) um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial”

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade, que vai desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo as várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados. O Ministério da Saúde (MS) adota o seguinte conceito de rede: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

O delineamento da construção de redes parte da perspectiva de que grande parte da população necessita de atenção em serviços da atenção básica, que por sua vez se caracterizam por ter menor densidade tecnológica, se comparados aqueles com o maior nível de complexidade. Dessa forma, a necessidade de concentração de processos relacionados com o cuidado que requerem a utilização de recursos com maior densidade tecnológica em centros de referência está relacionada com a eficiência e com a economia de escala segundo Kuschnir (2015b).

No Quadro 4 tem-se a configuração dos níveis de atenção em redes de serviços de saúde efetiva, com destaque para atenção básica ou Atenção Primária em Saúde (APS) e o seu papel de fortalecimento dos mecanismos de gestão e na regulação para os demais níveis assistenciais.

A organização da rede de serviços de saúde segue um direcionamento transversal, por linhas de cuidado nas quais, trata-se de um 'recorte' de uma maneira de articulação entre diferentes unidades que fazem parte da rede e a integração de práticas internalizadas com objetivo de tratamento e cuidado de certas doenças e/ou pacientes (KUSCHNIR, 2015b).

Por conseguinte, alguns estudos valorizam a importância da modelagem de redes temáticas de atenção à saúde, considerando o pressuposto de que não é possível delimitar uma única rede que dê conta de todos os problemas de saúde (MENDES, 2007). As redes temáticas englobam diferentes áreas: rede de atenção à doenças cardiovasculares, redes de atenção à doenças oncológicas, redes de atenção às urgências e emergências, entre outras. De acordo com Mendes (2007), a estrutura do desenho das redes de atenção à saúde está configurada na gestão da clínica, compreendida como coordenação e continuidade do cuidado necessário de acordo com os padrões reconhecidos (LIMA et al, 2012a).

As linhas de cuidado têm relevância como diretrizes para discriminar possibilidades de articulação entre diferentes unidades e os atendimentos realizados nas redes. Elas são definidas por diretrizes e protocolos clínicos, nos quais epidemiologistas, especialistas e planejadores decidem como e onde serão tratados os pacientes. O delineamento dos trajetos dos usuários ao longo da rede, as responsabilidades de cada unidade de saúde, os mecanismos de integração e as maneiras para assegurar os recursos essenciais ao cumprimento do acordo (LIMA et al, 2012a).



Quadro 4. Configuração dos Níveis de Atenção em Rede de Serviços de Saúde conforme Funções e Perfis Assistenciais

Níveis de atenção	Definição e funções na rede
Atenção Primária em Saúde (APS)	<p>Primeiro nível de atenção, estrutural à constituição de redes. É sobre ela que a rede se sustenta. Suas funções são ligadas a valores como atenção, acolhimento, pertencimento, confiança e responsabilização; e tem por atribuições a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento e o ordenamento do sistema (porta de entrada). Assim, as funções do primeiro nível têm sido definidas como:</p> <p>Resolver a maioria dos problemas de saúde da população,  Porta de entrada do sistema, Garantir acesso.  Garantir vínculo/responsabilização.  Acolhimento/acompanhamento.  Coordenação do cuidado.  Ações de saúde coletiva/intersectoriais/ação sobre os determinantes sociais.</p>
Cuidado Ambulatorial de Especialidades	<p>O modelo tradicional é o de especialidades/serviços cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – e por isso denominadas de cuidado secundário –, através do estabelecimento de listas de espera. Na medida em que existem diferentes definições acerca do escopo e grau de resolutividade clínica do primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.</p> <p>A interface entre atenção especializada e APS tem sido alvo de muito debate e experimentação. Algumas das estratégias tentadas em sistemas universais tem sido: especialistas atendendo em unidades de atenção primária ou, ao contrário, generalistas atendendo em hospitais; elaboração conjunta de protocolos e prontuário eletrônico compartilhado entre médicos da atenção primária e especialistas.</p>
Serviços de Diagnóstico e de Terapia	<p>Os serviços de diagnóstico e terapia são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos. Englobam o diagnóstico laboratorial clínico, de anatomia patológica e de imagem. Portanto, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede podem ser realizados em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com coleta do material realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.</p>
Serviços de Emergência	<p>As emergências são definidas como “condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” e as urgências como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”.</p>
Hospitais	<p>As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação. Para além de suas funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras, que o tornam uma instituição extremamente complexa.</p>
Cuidados Prolongados	<p>Em muitas situações, o cuidado intensivo a ser prestado por uma unidade hospitalar não é suficiente para que o paciente tenha alta para casa. A ideia dos cuidados prolongados está ligada à de continuidade do processo terapêutico e à reabilitação, realizados em outras unidades da rede que não o hospital. A proposta da unidade de cuidados prolongados é a de transferir o paciente do hospital para continuar o seu processo terapêutico de reabilitação em ambulatório e/ou em domicílio. Não é uma unidade para internação por tempo indeterminado, sob o risco de se transformar em moradia assistida, usualmente a cargo do sistema de cuidado social.</p>

Fonte: KUSCHNIR(2015b)

Os programas de saúde, de maneira geral, tendem a fragmentar o processo de cuidado, dispondo de serviços e recursos humanos especializados para atendimento de uma determinada patologia. Por outro lado, a concepção da linha de cuidado é diferente. Como exemplo, o desenho da linha de cuidado ao câncer de mama engloba unidades básicas, centros de diagnóstico, serviços especializados em hospitais gerais e serviços de hospitais especializados. Desse modo, propõe-se a criação de ‘corredores funcionais’ que direcionam o paciente ao longo da rede e que possibilitam a integração das ações a ele dirigidas, realizadas por diferentes profissionais e em unidades não especializadas, excepcionalmente localizadas em mais de um município (LIMA *et al*, 2012a).

Em contrapartida, o debate sobre redes temáticas tem importância apenas para algumas condições ou grupos populacionais, escolhidos a partir de critérios de risco e vulnerabilidade. De maneira geral, a atenção básica cumpre a função fundamental de garantia do acesso, abrangência/integralidade, continuidade/longitudinalidade e coordenação do cuidado com a finalidade de promover o foco integral no usuário. Suas atribuições estão associadas à prevenção e promoção da saúde, ao acolhimento à demanda espontânea (em geral, de quadros agudos ou crônicos agudizados), à organização da demanda programada, ao cuidado direto a múltiplas situações e à gestão do cuidado, em alguns casos compartilhada como outros serviços. (LIMA *et al*, 2012a).

### 3.1.5 Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro

A integralidade pode ser definida, em conformidade com a lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos, estabelecidos para cada estado e ou situação de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2012).

De acordo com esta concepção, as intervenções relacionadas para a promoção de saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam desvinculadas da assistência ambulatorial e hospitalar relacionadas com o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Sendo assim, os profissionais da saúde e os gestores do SUS devem medir esforços para compatibilizar as práticas dos serviços, de modo que essa integração seja efetivada. Em termos mais gerais da política de saúde, a integralidade se refere à articulação entre as políticas de cunho econômico e social ou as transversais em face de atuação sobre os determinantes do processo saúde e doença e promover as condições necessárias de saúde da população.

Para Paim (2012), a integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária brasileira em quatro perspectivas:

1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, formando níveis de prevenção primária, secundária e terciária;

2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais;

3) na garantia da continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;

4) como articulação de um conjunto de políticas públicas associadas à totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, por exemplo) que contribuísse para melhorias sobre as condições de vida e a determinação social da saúde, mediante a ação intersetorial.

Segundo Noronha, Lima & Machado (2012), a integralidade da assistência é estabelecida pela garantia do Estado a sociedade civil com os seguintes elementos:

- **Direitos dos cidadãos:** acesso ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos. Com níveis de complexidades e custos, que diminuam o risco de doenças e agravos e promovam o cuidado à saúde.
- **Deveres do Estado:** assegurar as condições de atendimento necessárias ao indivíduo e à coletividade, conforme as necessidades de saúde, com intuito de integração das ações de promoção de saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Para Noronha, Lima & Machado (2012), na articulação política de saúde, no contexto da integralidade é enfatizada a importância da valorização da atuação intersetorial com agrupamento de diversas áreas, de forma a contribuir com a repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

É um termo com diversos sentidos e significados que retrata a polissemia do termo 'integralidade' pelo fato de ser atribuído a este princípio, uma tentativa para reflexão teórica e de pesquisa para a delimitação critérios que promovam a sua implantação e operacionalização. Sendo assim, os sistemas de serviços de saúde são constituídos com esta finalidade, por que o princípio agregaria determinadas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; direito de acesso de atenção nos três níveis da complexidade da assistência médica; conexão das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; pelo conceito da integralidade do indivíduo e das famílias (PAIM, 2012).

Por outro lado, o conceito de integralidade no contexto de práticas integrais, está relacionado com características das quais destacam-se: acesso às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações em suas dimensões biopsicossociais; atuação em diferentes níveis do sistema de saúde; ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas no cuidado individual de um serviço em qualquer nível do sistema ou em outros setores, de acordo com a demanda; equipes multiprofissionais que priorizem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo nas relações interpessoais. O princípio da integralidade pode direcionar o cuidado, as práticas, os programas, as políticas, os sistemas de saúde (GIOVANELLA et al, 2002).

Na trajetória histórica, a integralidade foi reconhecida como princípio ainda na década de 1980, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, foi pioneiro em estabelecer uma criticidade sobre a organização de programas verticais ou especiais (Programa Materno-Infantil, Programa Nacional de Imunizações, Programa de Tuberculose). De um lado acontecia a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), de outro, articulava-se no país o debate sobre os modelos de atenção com enfoque para integralidade (PAIM, 2003).

A oferta organizada de acordo com o princípio da integralidade articularia o conjunto das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) sobre os indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de agravos, à proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos e à promoção da saúde. A organização interna das unidades e dos processos de trabalho, assim como as normas, as rotinas e os protocolos assistenciais elaborados, deveriam dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada.

Os profissionais da unidade de saúde teriam o conhecimento dessas ações, se foram ou não realizadas pelo setor responsável, e acompanhariam o desenvolvimento das atividades realizadas não só em 'seus' pacientes, mas as executadas na 'sua' unidade para a população do 'seu' território. Para isso, haveria mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores da saúde, inclusive os médicos, além do acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade vinculada àquele estabelecimento de saúde. Portanto, no caso da oferta organizada, epidemiologicamente orientada, tem-se uma atenção setorial e predominantemente intramural, ou seja, no interior dos estabelecimentos de saúde (PAIM, 2003).

Numa análise a respeito dos modelos de atenção à saúde no Brasil, a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços são categorizadas como grandes desafios para as políticas públicas. Em busca de alternativas aos modelos de atenção

hegemônicos, têm sido valorizados diversos posicionamentos, tais como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento, além de linhas de cuidado. A maioria das discussões tem como finalidade conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade. Enquanto isso, algumas priorizam a efetividade e qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços (PAIM, 2003).

O princípio doutrinário da integralidade com a sua característica abrangente possibilitou a inserção de um discurso sanitário sobre o significado de ‘integral’ no âmbito do SUS. Há um dualismo técnico-político na área de saúde pública quanto à concepção da ideia de ‘integração’ e a sua tentativa de migração para o ‘pólo técnico’ e a sua adaptação no eixo político, com a inserção de outros conceitos como descentralização, regionalização e a universalidade (MELLO & VIANA, 2012).

Segundo Mello & Viana (2012), há fortes evidências das rupturas epistemológicas quanto o dualismo conceitual. Em primeiro lugar, a integralidade assume duas vertentes: como componente intersetorial, pela capacitação indutiva do SUS em ciência, tecnológica e inovação e sobre a ideia de ‘redes integradas de atenção à saúde’, remetendo à recuperação dos conceitos de coordenação e continuidade do cuidado, porém com a inserção de novas marcas de gerenciamento e outros subjetivos como ‘colaboração’ e ‘interdependência’, em oposição à corrente de pensamento burocrático. Na segunda vertente, os avanços no conceito de regionalização que tem papel decisivo nas relações dinâmicas de todo o sistema.

Para Franco e Magalhães Junior (2006), numa discussão sobre a “Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado”, um dos pontos de estrangulamento dos serviços de saúde está situado nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, procedimentos de média e alta complexidade. Por isso, é que há grande demanda por estes recursos que significam expressivos gastos para o orçamento, o que tem exigido dos gestores a buscar de respostas criativas para resolver os problemas do acesso aos serviços especializados na atenção secundária no SUS.

Dessa forma, Santos e Andrade (2011), consideram que as linhas de cuidado estão relacionadas com um conjunto de saberes, tecnologias e recursos disponibilizados para enfrentamento de riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, caracterizado por um modelo de atenção alternativo a partir da demanda e desenvolvida pelo fundamento da regionalização da assistência à saúde e da articulação interfederativo (BRASIL, 2011b).

São direcionadas para encaminhamento dos usuários sobre quais trajetórias devem seguir no sistema de saúde e quais as condutas a serem recomendadas, especialmente no

tratamento de doenças crônicas, possibilitando a inserção de ‘projetos terapêuticos singulares’ para acompanhar a atenção de pessoas com condições graves (PAIM, 2003).

No sentido da integralidade da atenção, as linhas de cuidado são organizadas por projetos terapêuticos e preconiza o vínculo com o usuário, a partir da atenção básica, e conectadas com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros serviços. Supõe a ampliação da oferta do nível secundário, a regulação pública de toda a rede do SUS, a regulação dos fluxos assistenciais centrados no usuário como mecanismos de referência e contrarreferência, assim como à responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico a ser efetuado na linha de cuidado (FRANCO & MARGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Segundo Franco e Margalhães Júnior (2004), o projeto terapêutico na linha de cuidado tem resolutividade para demanda espontânea, no sentido que favorecem a proposta de acolhimento e de elementos da oferta organizada, propagando a sua conformação nos estabelecimentos de saúde para a rede de serviços. Nessa perspectiva, é possível identificar uma mescla de tecnologias ‘leves’ (vínculos), ‘leve-duras’ (protocolos) e ‘duras’ (medicamentos).

Além disso, é essencial considerar o “projeto terapêutico” como um instrumento avaliativo da relação profissional-usuário e no seu próprio contexto das intervenções de saúde que, na maioria das vezes, ao invés de se preocuparem com o processo produtivo do cuidado, passam a girar de forma ‘elíptica’ sobre a produção de procedimentos (FRANCO; MARGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Desse modo, para Franco e Margalhães Júnior (2004), “a organização das linhas de cuidado” e “projetos terapêuticos cuidadores” são ferramentas úteis por contribuírem com os serviços e para a busca de mudanças no modelo assistencial que caminhem no sentido da produção centrada nos usuários e nas suas prioridades.

Como um dos movimentos registrados como marco nas discussões sobre integralidade, pode-se destacar o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que ocorreu de forma concomitante com o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, em 2006. Neste evento, expressando o pensamento e o desejo dos participantes, representando 26 nações, elaborou-se e aprovou-se pela plenária o documento intitulado Declaração do Rio, que consta no Quadro 5 (ABRASCO, 2006).

Quadro 5: Declaração Rio

Declaração do Rio
Todas as desigualdades no acesso ao cuidado em saúde devem ser eliminadas;
São necessárias mais pesquisas para melhor entender os determinantes sociais de saúde e as ‘causas das causas’ do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções;
Os resultados da pesquisa devem estar publicamente disponíveis e ser incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde. Estas, por sua vez, devem ter a promoção de saúde como parte integral do seu desenho;
São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil;
A força de trabalho em saúde pública deve ser desenvolvida e fortalecida;
O desenvolvimento de sistemas de saúde deve ser alicerçado nas comunidades, garantindo o apoio popular e sua responsabilização frente ao povo a que servem;
As agências das Nações Unidas devem ser meios necessários e se comprometerem com as ações melhores e mais ágeis;

**Fonte:** ABRASCO (2006) Rio de Janeiro, de 21 a 25 de agosto de 2006

### 3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Na Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC) pretende-se promover um modelo de atenção adequada aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares por meio de atuação coordenada de equipes especializadas, recursos materiais e instalações físicas adequadas, considerando a prevalência de agravos em indivíduos que necessitam de acesso a procedimentos que envolvem alto custo e complexidade (BRASIL, 2004b)

Nesse contexto, o MS por meio do Departamento de Atenção Especializada da Secretária de Atenção à Saúde considerou a importância do planejamento desta política pública baseada nos princípios do SUS e nas normatizações da NOAS 01/2002. Além disso, foi considerado que a atenção básica seria a base da funcionalidade para a estratégia de hierarquização e conformação de redes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004b).

Os princípios básicos que nortearam a PNACAC são:

- **Integralidade das ações:** dimensionamento do processo saúde-doença, atendimento das necessidades, Humanização da atenção, produção da saúde como resultado;
- **Acolhimento do paciente:** propiciar mecanismos de acolhimento do paciente;
- **Promoção da equidade do acesso aos serviços:** favorecer a redução de desigualdades quanto ao acesso dos pacientes de regiões do país com baixa concentração de estrutura de saúde;
- **Gestão da qualidade do atendimento:** aprimorar o acompanhamento e avaliação por intermédio de instrumentos de gestão para garantir a qualidade dos atendimentos;

- **Participação e controle social:** propiciar a participação dos usuários no processo do cuidado e da assistência na saúde;
- **Capacitação de recursos humanos:** capacitar profissionais envolvidos com a assistência, controle e a avaliação;
- **Organização da Assistência Cardiovascular:** promover a melhoria do acesso pela a organização da assistência por intermédio de serviços hierarquizados e regionalizados.

A PNACAC foi instituída em 2004 e a determinação das instruções de procedimentos normativos e técnicos pela portaria nº 210, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004b; 2004c; 2004d). De acordo com a PNACAC, a organização e a implantação desta política deve ser realizada por meio de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. A estrutura dessa Política abrange:

- A definição de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, contemplando funções na atenção à saúde, assim como, as exigências quanto às qualidades técnicas necessárias para o desempenho satisfatório das atividades;
- A atualização do sistema de credenciamento e adequação à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo;
- Atendimento à necessidade de gerar subsídio técnico para o controle e a implantação de serviços hospitalares e de determinar critérios de rotinas para credenciamento de serviços na assistência cardiovascular, através de intervenções classificadas de Alta Complexidade;
- Determinação de um novo delineamento para Tabelas de Procedimentos para a Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade;
- Criação de um regulamento técnico dos serviços com o objetivo de credenciamento;
- Delimitação de sistema de fluxo de referência e contrarreferência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular é definido como unidade de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que desempenhe a função de auxiliar, no âmbito técnico, o gestor no desenvolvimento de políticas de atenção no cuidado de patologias cardiovasculares e que tenha as seguintes atribuições (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d):



- Reconhecimento de Hospital de Ensino com certificação pelo Ministério da saúde e Ministério da Educação;
- Delimitação da base territorial de atuação, com contingente máximo populacional de 4 milhões para um centro de referência;
- Participação conjunta e integrada com o sistema local e regional;
- Consolidar estrutura organizacional de ensino e pesquisa, com programas e protocolos estabelecidos;
- Estabelecer estrutura adequada de gerenciamento que tenha a capacidade de monitoramento da eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- Gerar subsídios para ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, o que concerne à realização de estudos de qualidade e custo-efetividade.
- Atuação como Polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como fundamento a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.
- Oferta de pelo menos quatro serviços dos cinco em Assistência de Alta Complexidade em: Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Cirurgia Vascular, Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, Laboratório de Eletrofisiologia.

É importante ressaltar que é função da Secretaria de Estado de Saúde direcionar os processos dos Centros de Referências que foram aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite para a Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para que possa concluir o processo de habilitação dessas Unidades.

Os Centros de Referência considerados como habilitados podem ter natureza: público, privados, filantrópicos ou “privados lucrativos”. O Instituto Nacional de Cardiologia (INC) é o centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular do Ministério da Saúde responsável pelo apoio técnico para o credenciamento dos Centros de Referência (INC, 2014c).

Como critérios para o credenciamento as Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular deverão dispor de Ambulatório Geral de Cardiologia para pacientes externos e no mínimo um dos seguintes serviços: Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Cirurgia Vascular e/ou Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (INC, 2014c).

A PNACAC prevê que a unidade credenciada execute todos os procedimentos categorizados como de média e de alta complexidade, para cada grupo de serviços da assistência e pacientes externos; acompanhamento ambulatorial nos períodos pré e pós-operatório continuado e específico; e atendimento de Urgência/Emergência em Cardiologia. É também definido que, no caso de ausência de prestação de serviço e/ou procedimento de alta complexidade cardiovascular, o gestor local deverá oferecer o acesso ao procedimento por intermédio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

Na PNACAC é ressaltada a importância da organização da atenção terciária considerando os princípios do SUS: universalidade, integralidade, hierarquização, regionalização e equidade (BRASIL, 2004b). Com vistas ao atendimento integral dos portadores de patologias cardiovasculares do Sistema Único de Saúde, neste documento foi enfatizada a organização da assistência aos referidos pacientes em serviços hierarquizados e regionalizados para melhorar a acessibilidade e oferta de serviços.

A referida política prevê o planejamento de ações através de conformação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção na saúde Cardiovascular de Alta Complexidade e na competência de referir quais os padrões para a qualificação técnica necessária para o atendimento do bom desempenho destas funções (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

Além disso, a Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular envolve o desenvolvimento de serviços, medidas de gerenciamento vinculadas à descentralização e atendimento às concepções priorizadas no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a). Prevê ainda a expansão de unidades de atendimentos no nível de complexidade terciário, através da atualização do sistema de credenciamento para adequação da prestação de procedimentos de Alta Complexidade, Tecnologia e Custo para o recebimento do financiamento pelo SUS de acordo com o atendimento das exigências necessárias.

As unidades de atendimento ao nível de complexidade terciária devem considerar as necessidades de aperfeiçoar os sistemas de informação utilizados para preservar os cadastros dos usuários e armazenar as informações adequadas sobre assistência cardiovascular.

A PNACAC também estabeleceu pontos de referência sobre a regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada. Estes elementos são considerados fundamentais para a melhora da qualidade da assistência aos usuários (2004b).

Com a implantação da PNACAC, pretendeu-se “disciplinar a assistência às doenças cardiovasculares no nível da alta complexidade” e “lançar um embrião para a linha de

cuidados que venha a reduzir ou retardar o dano da doença cardiovascular” (2004b), conforme o Quadro 6.

Quadro 6: Síntese da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC) – 2004

<b>DIAGNÓSTICO, OBJETIVOS E CATEGORIAS DA PNACAC</b>
<b>Diagnóstico desencadeador da PNACAC</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade e responsáveis por montante significativo dos gastos no sistema de saúde brasileiro, principalmente ao nível da atenção de alta complexidade.</li> <li>• A necessidade de prevenção e aumento da qualidade de vida pelo aumento da oferta ações de serviços nos três níveis da assistência por um novo dimensionamento e equacionamento dos fluxos, protocolos e processos.</li> <li>• A carência de uma intervenção organizada e voltada para doenças cardiovasculares em todos os níveis de cuidado com construção de uma linha de cuidados centrada no cidadão.</li> </ul>
<b>Objetivos da PNACAC</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disciplinar a assistência às doenças cardiovasculares no nível da alta complexidade;</li> <li>• Lançar um embrião para a linha de cuidados que venha a reduzir ou retardar o dano da doença cardiovascular.</li> </ul>
<b>Diretrizes Organizativas da Atenção/Inversão do Modelo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganização do modelo de procedimentos propedêuticos e terapêuticos de Alta Complexidade;</li> <li>• Instituir um modelo de Atenção Integral e Integrada nos três níveis da atenção;</li> <li>• Organização da atenção a partir da atenção básica; a média e a alta complexidade atuando como suplementar e complementar;</li> <li>• Abordagem integral do usuário, com objetivo de diminuir ações na Alta Complexidade;</li> <li>• Fortalecimento de ações em um projeto terapêutico integral com serviços centralizados nas necessidades dos usuários e com vários serviços na linha de produção do cuidado;</li> <li>• Aumento da capacidade de gestão, interlocução e negociação através da organização do cuidado e a integração de diferentes níveis de atenção através da alocação de recursos para todas as ações, fluxos de atenção centrados nos usuários com a facilitação de referências e contrarreferências;</li> <li>• Atribuir à atenção básica, a responsabilidade pela gestão do projeto terapêutico a ser desenvolvido na linha do cuidado;</li> </ul>

**Ações Estratégicas/Metodologia de Desenvolvimento**

- Avaliação dos resultados da regulação dos serviços por intermédio de indicadores sensíveis;
- Definição de protocolos de atendimento com rotinas definidas e fundamentadas por diretrizes atualizadas e especializadas;
- Capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção; Estabelecer cronograma de trabalho do MS com a Coordenação Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAES/SAS para reestruturação da assistência cardiovascular de alta complexidade do SUS;
- Reestruturar serviços hierarquizados e regionalizados em conformidade com a universalidade e integralidade dos serviços de saúde;
- Normatizar a área cardiovascular englobando todos os serviços de sua competência com grupos representantes de órgãos ANVISA, MS, SBC, SBCCV, INC, INCOR, SBAC e SOBRICE;
- Definir redes estaduais/e ou regionais de atenção cardiovascular de alta complexidade cardiovascular, normas específicas de cada serviço da assistência cardiovascular;
- Estabelecer parâmetros e tabelas de procedimentos de serviços de atenção cardiovascular de alta complexidade;
- Fortalecer o SUS por intermédio da gestão subordinada entre as unidades prestadoras de serviços na forte integração na alta complexidade com o MS;
- Auxiliar nos serviços assistenciais e ao gestor público, de caráter técnico, na definição de políticas de atenção dirigidas às patologias cardiovasculares.

**Recadastramento e a Conformação das Redes de Assistência Cardiovascular**

- Cadastrar unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular através das portarias;
- Estruturar redes estaduais e/ou regionais de acordo com a NOAS 01/2002 de forma a considerar os princípios da universalidade e da integralidade das ações de saúde;
- Garantir a atenção dos pacientes nos vários níveis de complexidade através do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência;
- Garantir mecanismos de avaliação, supervisão e Controle da Assistência prestada na Política de Atenção ao Portador de Doença Cardiovascular.
- Possibilitar uma nova conformação de prestação de serviços de cardiologia específicos dentro das conformidades de atendimento;
- Definir que as unidades de assistência em alta complexidade como unidades com condições técnicas satisfatórias, instalações físicas, equipamentos e recursos adequados à prestação de assistência especialidade.

**Instrumentos de Apoio aos Gestores Públicos: Estratégias de Fortalecimentos de Ações de Controle, Regulação e Avaliação**

- Estabelecer parâmetros de credenciamento: base territorial de atuação, população a ser atendida, cobertura assistencial necessária, capacidade técnica e operacional de serviços, distribuição geográfica dos serviços, série histórica de atendimentos realizados;
- Atingir os parâmetros de credenciamento através de uma produção mínima e com qualidade, capacitação, restrição do número de unidades com potencial de credenciamento para facilitação da gestão pública do controle, regulação e avaliação dos serviços prestados;
- Criar Centros de Referência para subsidiar o gestor na formação do gerenciamento da rede assistencial;
- Compatibilizar o cadastramento das unidades assistenciais de alta complexidade com seu perfil de atendimento para real integração dos prestadores do sistema;
- Aperfeiçoamento do sistema de informação: incorporação de registros de procedimentos e instrumentos de avaliação de qualidade;
- Controlar procedimentos de alto custo pela estratégia de avaliação de incorporação de tecnologia e acompanhamento do custo/efetividade/utilidade desses procedimentos pelos Centros de Referência;
- Fortalecer do papel dos hospitais de ensino na rede de atenção para o auxílio da gestão e ampliação da produção de serviços, estruturação da pesquisa e do ensino para aplicar os resultados na rede do SUS, além do gestor qualificar a atenção aos pacientes nos diversos níveis da atenção;
- Fortalecer a integralidade das ações, exigindo das unidades cadastradas o atendimento e realização de exames e procedimentos para diversos níveis de atenção, de forma a minimizar a autorização de realização de procedimentos isolados.

**Fonte:** Elaboração própria

### 3.2.1 Instituto Nacional de Cardiologia (INC)

Os relatos sobre a criação de um hospital especializado em Cardiologia indicam o seu surgimento no início dos anos 1970, no núcleo do Hospital Nossa Senhora das Vitórias no bairro de Botafogo. Em 1973 essa instituição serviu de referência para a criação do Hospital das Clínicas de Laranjeiras, que está localizado na Rua das Laranjeiras, 374; no edifício no qual funcionava a antiga Casa das Comerciárias, que fazia parte do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC). Posteriormente, o hospital recebeu o nome de Hospital de Cardiologia das Laranjeiras (HCL) quando tornou-se especializado no atendimento em Cardiologia (INC, 2015).

Com o desenvolvimento de pesquisas e procedimentos especializados, no ano de 2000, o HCL tornou-se Centro de Referência do Ministério da Saúde para realização de credenciamentos de unidades de cardiologia de alta complexidade, formulação de políticas de saúde, pesquisa e treinamento, recebendo uma nova nomenclatura através de uma portaria ministerial: Instituto Nacional de Cardiologia (BRASIL, 2000):

“O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando que o hospital de Cardiologia de Laranjeiras representa relevante papel no campo da prevenção primária e secundária dos seus diversos programas, com elevado grau de desenvolvimento tecnológico que lhe permite os mais modernos procedimentos em Cardiologia, e com abrangência nacional; considerando que a sua atuação também se caracteriza pelas atividades de ensino e pesquisa, voltadas ao aprimoramento no campo da assistência e investigação científica, resolve: Art. 1º O Hospital de Cardiologia de Laranjeiras passa a integrar o Sistema de Unidades de Referência do Ministério da Saúde, com a denominação de Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras.”

O INC atua há mais de 40 anos, com destaque em procedimentos hemodinâmicos, cirurgias cardíacas de alta complexidade, incluindo neonatais. Atualmente é o único hospital público que realiza transplantes cardíacos em crianças e adultos no Estado do Rio de Janeiro, e é considerado o segundo centro em que mais realiza cirurgias de cardiopatias congênitas no Brasil (INC, 2015).

No estado do Rio de Janeiro o INC é o maior ofertante de procedimentos de alta complexidade cardiovascular, dentre estes, Cirurgias de Revascularização do Miocárdio e de Troca Valvar, Angioplastia Coronariana e Procedimentos Intervencionistas de correção de cardiopatias congênitas. É a única instituição no estado que realiza procedimentos como transplantes cardíacos, implante de ventrículo artificial, cirurgia da fibrilação atrial por videotoroscopia e implante de válvula aórtica percutânea; e ainda, se constitui no principal centro de referência para o Tratamento Invasivo das Doenças da Aorta (INC, 2014c).

O INC possui também um centro de treinamento especializado para a rede de saúde cardiovascular e coordena Programas de Residência e Multiprofissional de excelência, estágios extracurriculares e curriculares, Programa de Pós Graduação Lato Sensu (Hemodinâmica, Ecocardiografia e Perfusão em Cirurgia Cardíaca) e Stricto Sensu (Mestrado Multiprofissional em Ciências Cardiovasculares e Avaliação de Tecnologia em Saúde) e cursos de treinamento e aperfeiçoamento que abrangem diversas áreas (INC, 2015).

No campo da pesquisa, foi selecionado pelo Ministério da Saúde como coordenador do maior estudo multicêntrico realizado no país na área de terapias celulares em cardiopatas e desenvolve pesquisas clínicas em diversas áreas de diagnóstico e tratamento em cardiologia.

O Ministério da Saúde definiu o INC como centro de referência nacional para a realização de serviços na atenção cardiovascular de Alta Complexidade (BRASIL, 2004d).

Atualmente o INC recebe o fluxo de pacientes com maior predominância do Estado do Rio de Janeiro, em menor quantidade de outros estados do Brasil. Além disso, essa instituição proporciona capacitações internas e externas para realizar atendimentos especializados para diferentes áreas de atuação em Cardiologia através de convênios interinstitucionais. Também envia profissionais com conhecimentos especializados para missões externas em locais de difícil acessibilidade do país, ou em missões internacionais, para o treinamento e atendimento de equipes de saúde em outros países por meio de termos de Cooperação Internacional (INC, 2014c).

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular definiu coordenação dos Centros de Referência para o estabelecimento de normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em alta Complexidade Cardiovascular, no qual o INC recebeu a competência técnica neste credenciamento para as unidades hospitalares que desenvolveram os serviços a nível terciário (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c):

“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” (portaria nº210, art.4).

De acordo com o decreto 7797 de 30 de agosto de 2012, no artigo 22 são especificadas ao INC como competência as seguintes atribuições no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012):

- Participação da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias cardiológicas;
- Planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas, em nível nacional, compatíveis com a execução de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias cardiológicas;
- Planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas, em nível nacional, compatíveis com a execução de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias cardiológicas;
- Desenvolver e orientar a execução de atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis na área de cardiologia, cirurgia cardíaca e reabilitação;
- Orientar e prestar serviços médico-assistenciais na área de cardiologia e afins;
- Estabelecer normas técnicas para padronização, controle e racionalização dos procedimentos adotados na especialidade; e
- Fomentar estudos e promover pesquisas visando a estimular a ampliação dos conhecimentos e a produção científica na área de cardiologia e afins.

### 3.2.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF)

No Brasil a formação de consórcios intermunicipais foi descrita na prática da gestão pública na Constituição paulista de 1891, mas teve sua anulação instaurada na emenda constitucional em 1969 (LIMA, 2000). Segundo o autor Torres (1995, p, 35), a definição de Consórcio pelo Direito Administrativo:

“Consórcio, do latim **consortiu**, implica a ideia de associação, ligação, união e, no âmbito das relações intermunicipais, nada mais apropriado do que a formação de entidades visando o estudo, o acompanhamento, o diagnóstico das soluções que, via de regra, envolvem municípios limítrofes e com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente em função de forte demanda dos administrados”.



O Consórcio Intermunicipal na Saúde é definido como uma agregação entre municípios para o planejamento de atividades associadas que tenham como objetivo a promoção, proteção e recuperação do estado de saúde das populações da localidade. Trata-se de uma medida instituída no âmbito municipal, e fortalece a gestão atribuída pela constituição federal aos municípios pelo domínio do SUS (BRASIL, 1997).

Mendes (1999, p.287) ressaltou os problemas enfrentados pelas secretarias estaduais quanto à prestação de serviços que tenham um padrão de qualidade adequada para resolução de problemas e destaca que os Consórcios Intermunicipais surgem como uma resposta para aumentar a resolutividade quanto às necessidades municipais:

“(...) a crescente fragilidade das secretarias estaduais de saúde fez com que elas fossem, gradativamente, retirando-se da prestação dos serviços secundários e terciários ou tornando esses serviços de tão baixa qualidade, que obrigou os municípios a suprir essa deficiência dos sistemas. Assim, em boa parte e como mecanismos compensatórios, os consórcios surgiram no vácuo de secretarias estaduais de saúde ineficientes e ineficazes (...). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgem espontaneamente, das necessidades dos municípios em resolver problemas e, não como resultado de políticas nacionais ou estaduais deliberadas. Só recentemente o Estado de Minas colocou o Consórcio como política de governo”

Conforme levantamento realizado quanto ao quantitativo de usuários do INC, foi verificado que havia grande quantidade de pacientes originários da Região da Baixada Litorânea e Baixada Fluminense; e a equipe de gestão administrativa e hospitalar realizaram encontros com gestores dos consórcios destas regiões. Porém, o êxito foi obtido com o gestor da Baixada Fluminense (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Mendes (2011, p.175) considera que a inserção de um Consórcio Intermunicipal de Saúde numa região de saúde deve ser ainda valorizada para prestação dos serviços de saúde como uma estratégia de apoio na resolução de problemas críticos, principalmente vinculados com a limitação no gerenciamento:

“Os consórcios, em especial os consórcios intermunicipais de Saúde, devem continuar a ser utilizados, mas como um instrumento importante de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde. Mesmo aqui, os consórcios deverão superar alguns graves problemas que apresentam como: as bases territoriais definidas por critérios políticos, em desacordo com os Planos Diretores de Regionalização; as desobediências a regramentos do SUS, em especial, às normas de pagamento dos serviços de saúde; e a baixa capacidade gerencial com que, em geral, operam(...)

O CISBAF foi instituído em fevereiro de 2000, é constituído por 11 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica) da região metropolitana I, tendo como objetivo

a superação dos problemas regionais na área da saúde e contribuir para o fortalecimento e consolidação do SUS (CISBAF, 2014).

De acordo com legislação vigente, a Lei Orgânica de Saúde é estimulada pelas políticas de organização do SUS no estado do Rio de Janeiro na sua formação para o atendimento à conformidade para este tipo de associação entre os entes federativos, formulando as leis autorizativas municipais e caracterizando-se por uma entidade de direito privado sem fins lucrativos (CISBAF, 2014).

Através da aprovação do estatuto e a sua estrutura organizacional, os prefeitos dos municípios participantes do consórcio realizam um rodízio a cada dois anos na presidência do consórcio, assim como os secretários municipais de Saúde no Conselho Técnico, no qual não possuem interferências quanto a partidos políticos ou coligações nas quais os elegeram e respeitando as orientações preconizadas para o funcionamento do consórcio (CISBAF, 2014).

Para a formulação das ações foi produzido um Plano Diretor, com o patrocínio do Ministério da Saúde, com a participação ampla dos gestores, profissionais e usuários, sendo estes últimos representados pelos Conselhos Municipais de Saúde. Através da elaboração do plano estratégico, o CISBAF desenvolveu diversas atividades que propiciaram resultados favoráveis, quanto à captação de recursos financeiros que contribuíram para melhoria nas condições de saúde da região (CISBAF, 2014).

O CISBAF, no ano de 2009, em consonância com a Lei n°11107/05 e regulamentada pelo decreto n°6017/2007 é classificado como consórcio público com personalidade jurídica de direito público e autarquia interfederativa municipal. Neste período, um Protocolo de Intenções foi aprovado, assim como novos estatutos e nova conformação da estrutura organizacional pública (BRASIL, 2007; CISBAF, 2014).

### 3.2.3 Projeto Cardiorredes na Baixada Fluminense

O Projeto Cardiorredes (PC) foi construído no ano de 2013, pela gestão do INC como uma demanda institucional e vinculada a Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). Neste contexto, a gestão da coordenação médica hospitalar, direção e assessoria da direção formularam o PC com a finalidade de possibilitar a estruturação e desenvolvimento de redes locais de atenção à saúde cardiovascular a nível nacional. Além disso, projetar delineamento de linhas de cuidado na assistência cardiovascular de alta complexidade para as secretarias municipais e estaduais do país (INC, 2014a).

A primeira medida tomada pela equipe representante do INC foi o contato com os consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro, conforme a identificação do maior número de procedimentos e atendimentos ambulatoriais nos últimos anos nas regiões do estado do Rio de Janeiro: Baixada Fluminense e Baixada Litorânea.

Posteriormente, foram realizados contatos com o Consórcio Intermunicipal da Baixada Litorânea (CISBALI) e Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF). Porém, somente os representantes do CISBAF manifestaram à vontade de constituir uma pactuação com o PC. Neste período, o relato da equipe da gestão refletia que havia mudanças constantes da gestão do CISBALI que não possibilitaram a participação na reunião ou construir um plano de trabalho.

Em julho de 2014 O INC celebrou um acordo com o CISBAF com o Termo de Cooperação Técnico- Científico (TCTC) para implementação de projetos na Atenção Cardiovascular em articulação com os gestores dos onze municípios da região da Baixada Fluminense. Este termo foi publicado no DOU de 25/07/2014 (BRASIL, 2014b).

A equipe de Planejamento do INC efetuou uma pesquisa no cadastro para identificar os municípios de residência dos usuários e verificar nos municípios da Baixada Fluminense quais se beneficiariam do projeto de criação de ambulatórios especializados de alta complexidade, atendendo ao processo de descentralização, que possibilita a oferta de serviços mais igualitária através do pacto cooperativo (GUIMARÃES, 2005).

O município de Duque de Caxias, após constatar a necessidade de organizar o fluxo de atendimento cardiovascular de alta complexidade encaminhados ao INC e com base na competência política para a organização de redes de atenção à saúde, construiu, com a mediação do CISBAF, um projeto piloto para implantação de Ambulatório de Anticoagulação, denominado Projeto Cardiorredes. Esse ambulatório seria implantado nas dependências do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo. O objetivo foi garantir

atendimento, com o mesmo padrão de qualidade que é oferecido no INC, possibilitando melhor condição de mobilidade dos usuários, dado que o serviço seria oferecido no mesmo município onde o paciente reside ou em localidade adjacente (INC, 2014c).

O planejamento do projeto apresentava-se interligado com a disposição dos termos, à solicitação da Direção Geral do INC, baseando-se na celebração do Termo de Cooperação Técnico-Científica que foi pactuado entre o INC e o CISBAF (BRASIL, 2014b). O Município de Duque de Caxias apresentava grande número de pacientes que recebiam o atendimento no Ambulatório de Anticoagulação. Também seriam beneficiados com atendimento no polo em Duque de Caxias alguns pacientes residentes nos municípios de Magé e de São João de Meriti.

Entre cada instituição envolvida no Projeto foram estabelecidos objetivos e metas que foram acordados através de um documento denominado Protocolo de Intenção do Projeto do Ambulatório de Anticoagulação. Neste protocolo o principal objetivo é *“descentralizar o atendimento realizado no INC do paciente anticoagulado proveniente da Baixada Fluminense em parceria com seus municípios de origem”* (INC, 2014c). Dentre os objetivos específicos foram elencadas as seguintes ações:

“Implantar o Ambulatório de Anticoagulação no município Polo de Duque de Caxias (Hospital Municipal Moacyr do Carmo) proporcionando o acesso ao acompanhamento ambulatorial especializado, próximo à residência do usuário e reduzindo o tempo e o custo do deslocamento do mesmo;  
Capacitar os profissionais das equipes multiprofissionais quanto aos conhecimentos e habilidades necessárias para as rotinas do atendimento deste ambulatório;  
Estimular a produção do conhecimento técnico científico através do desenvolvimento das Competências Institucionais”

Conforme as atribuições formalizadas para o INC, foram estabelecidas as seguintes ações (INC, 2014c):

“Fornecer insumos e medicamentos necessários ao acompanhamento aos usuários vinculados ao INC no período de um ano;  
Capacitar e treinar a equipe multiprofissional com foco inicial nas áreas médicas, de enfermagem e farmácia desdobrando-se, posteriormente, as demais áreas assistenciais envolvidas;  
Disponibilizar a base de dados padronizada com o histórico clínico dos pacientes encaminhados;  
Fornecer os protocolos de atendimento instituídos no INC para serem incorporados nos ambulatórios;  
Encaminhar formalmente os pacientes com orientação prévia para o atendimento na cidade-polo por intermédio de documentação própria;  
Garantir as atualizações do registro do controle de anticoagulação dos pacientes pactuados através das informações geridas dos relatórios periódicos do CISBAF/SMS.”  
Acompanhar e avaliar o cumprimento do projeto através da avaliação dos relatórios emitidos e visita técnicas ao(s) Pólo(s) vinculado(s) ao projeto.”

Neste projeto, ao CISBAF foram atribuídas as seguintes responsabilidades para a organização (INC, 2014c):

“Garantir o desenvolvimento e ampliação deste projeto visando o aumento progressivo de usuários beneficiados residentes na região da Baixada Fluminense;  
Captar recursos e promover investimentos regionais nas cidades inseridas conforme pactuação integrada deste projeto;  
Disponibilizar os Recursos Humanos, através de pactuação integrada, visando garantir o atendimento nos polos constituídos;  
Emitir relatórios periódicos ao INC sobre o desenvolvimento e gerenciamento das cidades que integrarão a pactuação deste projeto, respeitando a listagem de pacientes encaminhados e a periodicidade trimestral.”

Quanto a Secretária Municipal de Saúde de Duque de Caxias, ao gestor e funcionários as seguintes atribuições (INC,2014c):

“Disponibilizar a estrutura física para o atendimento aos pacientes compatível com o fluxo produtivo do atendimento de forma a garantir a manutenção da qualidade do atendimento prestado;  
Gerenciar a guarda, armazenamento, fornecimento de insumos e medicamentos de forma consolidada através de registros e distribuição;  
Emitir relatórios periódicos de consumo e produção respeitando a periodicidade trimestral que deverão ser encaminhados ao INC e ao CISBAF;  
Zelar pela qualidade e continuidade dos atendimentos de acordo com os protocolos operacionais padronizados pelo ambulatório de Anticoagulação e o Serviço de Farmácia;  
Emitir e validar os laudos por profissionais devidamente capacitados.”

A primeira formalização associada a pactuação integrada no PC foi realizada através do Protocolo de Intenções e que estabelecia as responsabilidades de cada gestão para a implantação do Projeto do Ambulatório de Anticoagulação (PA) no município de Duque de Caxias. Cada gestão estava responsável em cumprir suas atribuições referentes ao PC e o PA para que o funcionamento do ambulatório com as condições necessárias para garantia da qualidade do atendimento (INC, 2014c).

#### 3.2.4 Ambulatório de Anticoagulação do INC em Duque de Caxias

A anticoagulação oral é considerada um tipo de tratamento eficaz na prevenção de eventos tromboembólicos em diversas manifestações clínicas, por se tratar de um recurso que auxilia na redução de complicações. Uma das maiores preocupações é o risco aumentado para sangramento que pode levar a fatalidades (LORGA FILHO, *et al.*,2013).

O risco está associado a valores altos do índice normalizado relacionado com o tempo de atividade da protrombina (INR) que podem resultar em hemorragias ou valores baixos em facilidade de formação de coágulos. Com isso, são necessários mecanismos que permitam um melhor controle desta anticoagulação e reduzir o número de complicações (LORGA FILHO, *et al.*,2013).

O Instituto Nacional de Cardiologia realiza procedimentos e intervenções que em alguns casos, como transplante cardíaco, implante de ventrículo artificial e cirurgia da fibrilação atrial por videotoroscopia, podem ser indicados o tratamento de anticoagulação oral. As duas principais indicações de anticoagulação na área cardiológica são valvopatias e a fibrilação atrial (INC, 2014c).

O Ambulatório de Anticoagulação do INC realiza o acompanhamento para controle da coagulação do sangue de pacientes após a alta médica e que em sua maioria vêm de diversos municípios do estado do Rio de Janeiro (INC, 2014c).

É importante ressaltar que há um grande número de atendimentos de pacientes do INC que fazem uso do anticoagulante oral. O objetivo do Ambulatório de Anticoagulação em funcionamento no INC é “normatizar e referenciar o atendimento dos pacientes anticoagulados, assim como, investigar, fornecer diagnóstico e estabelecer conduta dos indivíduos portadores de história de tromboembolismo venoso e/ou arterial e dos demais pacientes em uso de medicamentos.”(INC, 2014c).

Além disso, a proposta deste ambulatório propõe o desenvolvimento do âmbito da pesquisa e formação continuada de profissionais de saúde com capacitação para o atendimento de pacientes em uso de anticoagulante (INC, 2014c) .

Conforme relato da reunião, na qual compareceram representantes do INC, CISBAF e da Secretária Municipal de Saúde de Duque de Caxias, foi proposta a elaboração do projeto de descentralização do Ambulatório de Anticoagulação do INC; um serviço especializado e de Alta Complexidade. Mediante a pactuação dos gestores por um protocolo de intenções para o desenvolvimento do Projeto do Ambulatório Especializado em Anticoagulação (PA), a assistência deveria ser oferecida aos pacientes do INC residentes no município de Duque de Caxias, no Hospital Moacyr Rodrigues do Carmo. Para essa unidade o INC disponibilizou: treinamento especializado para os profissionais, insumos, medicamentos e protocolos padronizados pelo INC utilizados no ambulatório da instituição (INC, 2014c).

## 4.METODOLOGIA:

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo, de abordagem qualitativa e descritiva foi desenvolvido sobre as principais contribuições e mediações previstas no Projeto Cardiorredes (PC) em sua relação com os aspectos recomendados pela PNACAC. Por se tratar da análise de um projeto de intervenção institucional em atendimento à PNACAC, o estudo vincula-se a linha de pesquisa de Políticas Públicas, Planejamento e Gestão do Trabalho e da Educação e da Saúde do Programa de Pós-Graduação do Mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde José Venâncio.

A abordagem qualitativa aplicada na pesquisa em Ciências Sociais possibilita conhecer aspectos históricos, das relações sociais, crenças, percepções, representações que são construções da identidade humana que descrevem o modo de vida e as suas percepções através da linguagem e do pensamento. De acordo com Minayo (2014, p.57):

“O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões ... as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.”

Cruz (2011, p.187) ressalta a importância da análise das políticas e programas de saúde para o processo de consolidação do SUS e defende que este deve ser um processo permanente a ser realizado através de análises sistemáticas:

“Tanto a implantação quanto a consolidação do SUS envolveu, e continua envolvendo, atores e contextos locais diversos; relações de poder, reorganização de serviços, realocação do processo decisório. Nesse sentido os princípios e valores que inspiraram e orientaram a reforma do sistema de saúde brasileiro que se deram e, que, ainda vem se dando no âmbito do SUS, imprime um olhar diferenciado e justificam a existência de análises ou, propriamente, de avaliações da implementação de políticas de saúde como um processo permanente e contínuo.”

Segundo Giovanella *et al* (2008), a análise de políticas e programas de saúde, apesar de ser um campo de produção de trabalhos científicos bem crescente no Brasil, há muitas lacunas e necessidade de aprofundamento sobre os processos de implementação:

“Entretanto, há ainda muito trabalho a fazer. Por exemplo, precisamos conhecer de modo mais aprofundado os condicionantes impostos pela burocracia que opera o processo de implementação da política (temos como por exemplo o modelo bottom-up de implementação); descrever e aprofundar a discussão sobre as redes de implementação de uma política (quais são os atores, como interação, em que situações etc.); entender melhor como os problemas são colocados e facilmente retirados da agenda governamental; conhecer o impacto da política no (sistema político) nacional e estadual e mesmo municipal na formulação e implementação de políticas e programas; saber se diferentes tipos de burocracia produzem diferentes políticas” (p.101).

Para Bardin (2009, p.45), a análise documental é uma técnica de pesquisa consiste em um conjunto de ações que tem o intuito de construir uma representação do conteúdo de um documento de maneira diferenciada para viabilizar a sua consulta e referência:

“Podemos defini-la como <<uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência>>. <sup>(31)</sup>. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo)”.

Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), a pesquisa documental é uma metodologia que tem grande relevância para a aquisição de informações que possibilitam “extrair” e “resgatar” elementos essenciais para o investigador ampliar o campo de entendimento e compreensão do objeto de estudo. Além disso, a utilização de documentos em pesquisa contribui para agregar, na dimensão temporal, uma reflexão da realidade social. Por isso, a análise documental possibilita a observação do processo de maturidade e/ou da evolução de indivíduos, grupos sociais, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas e outros (CELLARD, 2008).

Na ciência, o documento é considerado todo objeto que se torna um alicerce de uma informação que nele está inserida por intermédio de técnicas especiais de registro, e portanto, transforma-se em uma fonte sólida de informação sobre os fenômenos dos quais serão pesquisados (SEVERINO, 2007, p.124).

Dessa maneira, pode-se afirmar que a documentação é uma forma consolidada de dados, informações que se constitui em objeto de análise do pesquisador que necessita de um tratamento baseado em três fundamentos: como técnica de coleta, como ciência e no contexto da realização de uma pesquisa, como afirma Severino (2007, p.124):



“Documentação. É toda forma de registro e sistematização dos dados, informações colocando-se em condições de análise por parte do pesquisador. Pode ser tomada em três sentidos fundamentais; como técnica de coleta, de organização e conservação e conservação de documentos; como ciência que elabora critérios para a coleta, organização, sistematização, conservação, difusão dos documentos; no contexto da realização de uma pesquisa, é a técnica de identificação, levantamento, exploração de documentos fontes do objeto pesquisado e registro das informações retiradas nessas fontes e que serão utilizadas no desenvolvimento.”

Com a finalidade de contextualizar a situação da atenção cardiovascular na Baixada Fluminense também foi realizada consulta ao Plano de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PES, 2016) do período de 2016-2019 e o Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias (PMS, 2010) do período de 2010-2013 para obtenção de informações demográficas e epidemiológicas.

A análise documental foi desenvolvida por utilização de legislação do Ministério da Saúde em relação à PNACAC e ao PC como um plano de ação para a Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade na região metropolitana I, e principalmente para a atenção da população da Baixada Fluminense. Foram selecionados documentos vinculados ao PC, Projeto do Ambulatório de Anticoagulação no município de Duque de Caxias, Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e portarias normativas. O delineamento da Análise do Estudo está representado na Figura 3.

Figura 3: Fluxograma do Desenvolvimento do Estudo



**Fonte:** Elaboração Própria

Para o desenvolvimento do projeto, que tem como objeto o Projeto Cardiorredes, a “Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade” foi utilizada como documento base para a análise, tendo por referencial teórico a literatura sobre regionalização e redes na saúde, abordando ainda a integralidade como diretriz e como princípio organizativo no SUS.

O referencial metodológico para a análise documental teve por base as recomendações de três autores Cellard (2008), Bardin (1977) e Gil (2002). As etapas da análise são explicitadas no Quadro 12. Na análise preliminar, para minimizar os efeitos de análise dos dados no qual Bordieu (1973, apud MINAYO, 2014) refere-se como “ilusão da transparência” foi realizada releitura e análise dos documentos para a definição das categorias e unidades de análise:

“(...) a “ilusão da transparência”, isto é, a tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. Essa “ilusão” é tanto mais perigosa quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto. Portanto, analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade.”

De acordo com o Quadro 7, foi elaborada a estratégia da análise documental, sendo a primeira etapa foi baseada na pré-análise, que consistiu no exame crítico dos documentos (contexto, autores envolvidos, autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza do documento, conceitos-chave e a lógica interna do texto) da elaboração do PC e PA.

A segunda etapa consistiu na análise documental, propriamente dita, com os seguintes elementos: constituição do quadro de referência, construção de um sistema de categorias e indicadores, definição das unidades de análise, definição de regras de enumeração, teste de validade e fidedignidade e tratamento de dados e análise de dados.

Quadro 7: Etapas da Análise Documental

ETAPAS	AÇÕES	ELEMENTOS
<b>1) Análise Preliminar</b>	Exame crítico do documento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto</li> <li>• O autor e autores</li> <li>• Autenticidade e a confiabilidade do texto</li> <li>• A natureza do texto</li> <li>• Conceitos- chave e a lógica interna do texto</li> </ul>
<b>2) Análise</b>	Constituição do quadro de referência	Delimitação dos principais conceitos;
	Construção de um sistema de categorias e de indicadores	Previamente estabelecido com a leitura do material selecionado. Determinação dos termos chaves, conceito e por indicadores que expressem as variações de conceito.
	Definição das unidades de análise	Palavras ou frases, temas eacontecimentos.
	Definição de Regras de Enumeração	Presença de elementos; ausência de elementos; freqüência com que uma unidade aparece; intensidade e ordem de aparição; e co-ocorrência.
	Teste de Validade e Fidedignidade	A fidedignidade existe quando a mesma pessoa pode fazer uma/duas ou mais pessoas podem fazer interpretação semelhante após um intervalo de tempo. A validade, por sua vez, existe quando o resultado representa corretamente o texto ou o seu contexto
	Tratamento dos Dados	Verificação da freqüência com que as palavras ocorrem num texto.
	Interpretação dos Dados	O cotejo com as teorias selecionadas para fundamentação do trabalho.

**Fonte:** Elaboração própria

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

### 5.1. O CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) E A ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTACOMPLEXIDADE NA BAIXADA FLUMINENSE – RIO DE JANEIRO

Nas últimas décadas, as Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem-se um dos graves problemas de saúde pública. De acordo com as estimativas da OMS, as DCNT causaram 67,7% de óbitos no mundo no ano de 2015 (WHO, 2016a).

No Brasil, a partir dos anos 1970, ocorreram mudanças nos padrões da transição demográfica acompanhada de mudanças no perfil epidemiológico da população. Esses dois fenômenos interligam-se e se caracterizam, por um lado com diminuição da fecundidade, da natalidade, da mortalidade geral e envelhecimento da população, e por outro lado, pela redução significativa da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e aumento das DCNT (IBGE, 2006).

Schrammet *al* (2004, p.898) definem o processo de transição epidemiológica e consideram que este conceito deve incluir elementos das concepções e comportamentos sociais sobre a saúde humana:

“Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.”

De acordo com Médice e Beltrão (1995, p.200) a descrição para este momento de transição demográfica pode ser explicada através de uma teoria que assume dentre os postulados, o princípio da precedência no tempo na queda da mortalidade:

“A teoria tradicional da transição demográfica apresenta, como ponto de partida, três postulados centrais. O primeiro deles consiste no princípio da precedência no tempo da queda da mortalidade. Segundo este postulado, a transição demográfica se inicia com a redução da mortalidade, em função de conquistas associadas ao progresso técnico, tais como melhoria dos sistemas de saneamento (especialmente nas cidades) e o combate a doenças transmissíveis. A alta mortalidade, especialmente a infantil, seria, portanto, o maior estímulo à manutenção das elevadas taxas de fecundidade no período pré-transicional.”

Nas últimas décadas, os processos de transição demográfica e epidemiológica tem se refletido no aumento na demanda de gastos nos orçamentos dos Estados a nível mundial o que tem se tornado uma das principais preocupações quanto a expectativa de vida, Médici e Beltrão (1995, p.210):

“O envelhecimento da população e o conseqüente aumento das doenças crônico-degenerativas e das causas externas (acidentes e violências) demandarão recursos cada vez mais vultosos, os quais, em virtude da crise fiscal do Estado, não poderão

ser obtidos facilmente, por meio de arrecadação ordinária. Com isso, poderá ocorrer o aumento da mortalidade específica para os grupos de idade adulta, ocasionando uma redução da esperança de vida ativa da população, a exemplo do que vem ocorrendo nos países socialistas do leste europeu (especialmente Polônia, Hungria e Tchecoslováquia) nos últimos dez anos.”

Conforme Mendes (2011, p.27), as DCNT devem ser consideradas em um contexto mais amplo quanto às condições peculiares de saúde da população e considera que o tratamento e intervenções assumem uma condição de complexidade:

“As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais”

Segundo os dados de Brasil (2004a), no ano de 2002, o número de internações no SUS foi de 11.713.749, das quais 2.731.766 (23,32%) foram relacionadas com gravidez, parto e puerpério, 1.820.633 (15,54%) por doenças do aparelho respiratório e 1.216.394 (10,38%) associadas ao aparelho circulatório.

No ano de 2015, a mortalidade por doenças cardiovasculares no mundo atingiu 31,9%, sendo que a projeção para o ano de 2030 será 34,8% das mortalidades, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016a; WHO, 2016b). No Brasil, tem-se as doenças cardiovasculares (DAC) como representantes das principais causas de óbitos, atingiu cerca de 28% de todas as causas de mortalidade no ano de 2011. Além disso, no estado do Rio de Janeiro, segundo Soares et al (2015), as DAC correspondem a cerca de 29,1% de todos os óbitos. Os principais grupos de óbitos por DAC são as Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) e as Doenças Cerebrovasculares (DCBV) que registram, respectivamente, 30,8% e 30% dos óbitos por DAC no Brasil, e 31,6% e 27,6% dos óbitos por DAC no estado do Rio de Janeiro (SOARES *et al*, 2015).

Desse modo, as doenças cardiovasculares têm causado grande impacto quanto ao elevado custo com internações e grande preocupação para saúde pública brasileira. Para a assistência integral dos pacientes portadores de patologias cardiovasculares há necessidade da oferta de condições específicas que são referentes a uma infraestrutura adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

### 5.1.1 Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro encontra-se dividido em nove regiões: Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Norte, Nordeste, Serrana, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande (ver Figura 3). Sua população em 2010 era de 15.989.929 habitantes (IBGE, 2010) e segundo estimativa no ano de 2011, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro concentrava 73,2% da população do estado (PES, 2015).

Os cinco municípios mais populosos do Estado em 2011 eram: Rio de Janeiro (6.355.949 habitantes), São Gonçalo (1.008.064 habitantes), Duque de Caxias (861.157 habitantes), Nova Iguaçu (799.047 habitantes) e Niterói (489.720 habitantes).

Figura 4. Estado do Rio de Janeiro: Regiões de Saúde



Fonte: SES/RJ (2017)

A região **Metropolitana I**, no ano de 2014, ampliou a cobertura de Atenção Básica (AB) de 48,74% e de ESF de 35,8%. A capital alcançou 38,63% de cobertura de ESF e 50,67% de Atenção Básica, mantendo valores superiores aos dos anos anteriores. Os dois maiores municípios da região Metropolitana I são Duque de Caxias e Nova Iguaçu que apresentaram respectivamente o aumento de cobertura de 23,9% e 24,9% de ESF e 36,4% e 41,7% de AB. Este crescimento ainda é considerado pouco expressivo e considerado um

grande problema para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, principalmente pela alta concentração demográfica nesta região.

Além disso, a região Metropolitana I apresenta municípios populosos, e observa-se que a capacidade de execução dos procedimentos do SUS destes municípios ainda não atingiu um patamar para atender as demandas de saúde, sendo inferior a 70% para seus habitantes, excluindo o município do Rio de Janeiro.

No quadro 8, é importante destacar que os principais serviços de referência de Alta Complexidade Cardiovascular na Metropolitana 1 estão localizados nos municípios do Rio de Janeiro, Vassouras e Duque de Caxias para o procedimento de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Intervencionista. O município do Rio de Janeiro é o único que possui serviços em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Endovascular. Na região da Baixada Fluminense, somente o município de Duque de Caxias ofertou serviços de cardiologia de alta complexidade sendo esses distribuídos na Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular e Cardiologia Intervencionista.

Quadro 8: Distribuição de Serviços de Referência de Alta Complexidade Cardiovascular por Região e Município no Estado do Rio de Janeiro

Região/ Serviço	Cirurgia Cardiovascular	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia
<b>Baia da Ilha Grande</b>	Barra Mansa	Rio de Janeiro	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	Vassouras
<b>Baixada Litorânea</b>	Cabo Frio Macaé Campos	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Cabo Frio Macaé	Cabo Frio	Rio de Janeiro
<b>Centro Sul</b>	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras
<b>Médio Paraíba</b>	Vassouras Barra Mansa Volta Redonda	Rio de Janeiro	Vassouras Barra Mansa Valença Duque de Caxias	Vassouras Barra Mansa Volta Redonda	Barra Mansa	Vassouras
<b>Metro I</b>	Rio de Janeiro Vassouras Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro Vassouras Duque de Caxias	Rio de Janeiro Vassouras Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro Vassouras
<b>Metro II</b>	Cabo Frio Niterói São Gonçalo	Rio de Janeiro	Cabo Frio Niterói	Cabo Frio Niterói São Gonçalo	Cabo Frio Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
<b>Noroeste</b>	Itaperuna	Rio de Janeiro	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna
<b>Norte</b>	Campos Macaé	Rio de Janeiro	Campos	Campos Macaé	Itaperuna	Itaperuna
<b>Serrana</b>	Nova Friburgo Petrópolis	Rio de Janeiro	Teresópolis	Nova Friburgo Petrópolis	Teresópolis	Rio de Janeiro

Fonte: (CIB, 2014; PES, 2016)

De acordo com a produção em alta complexidade cardiovascular apresentado no Quadro 9, por região de saúde no ano de 2014, é possível identificar que esses procedimentos foram concentrados na Região Metropolitana I, seguida do Médio Paraíba e da Serrana.

Na análise do Plano de Saúde 2016-2019 do Estado do Rio de Janeiro, considerando os principais entraves nos serviços de Atenção, foi identificado em uma comparação com a normativa do MS que considera que a quantidade mínima de 180 procedimentos de cirurgia cardiovascular de alta complexidade, por ano, com ressalva para cirurgias relacionadas com s implantes ou trocas de marca-passo, 180 cirurgias vasculares/ano, 144 procedimentos de cardiologia intervencionista/ano, 120 cirurgias endovasculares/ano e 60 procedimentos de eletrofisiologia/ano.

Quadro 9: Serviços de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro

<b>Região/ Município</b>	<b>Cirurgia Cardiovascular</b>	<b>Cirurgia Vascular</b>	<b>Cardiologia Intervencionista</b>	<b>Cirurgia Endovascular</b>	<b>Eletrofisiologia</b>	<b>Total</b>
<b>Baixada</b>	<b>129</b>	<b>56</b>	<b>247</b>	<b>161</b>	-	<b>593</b>
<b>Litorânea</b>						
Cabo Frio	129	56	247	161	-	593
<b>Centro-Sul</b>	<b>101</b>	<b>4</b>	<b>262</b>	-	<b>37</b>	<b>404</b>
Vassouras	101	4	262	-	37	404
<b>Médio Paraíba</b>	<b>372</b>	<b>181</b>	<b>591</b>	<b>386</b>	-	<b>1530</b>
Barra Mansa	199	122	458	386	-	1165
Volta Redonda	173	59	133	-	-	365
<b>Metropolitana I</b>	<b>1706</b>	<b>290</b>	<b>1628</b>	<b>209</b>	<b>143</b>	<b>3976</b>
Duque de Caxias	133	-	626	-	-	759
Rio de Janeiro	1573	290	1002	209	143	3217
<b>Metropolitana II</b>	<b>84</b>	<b>40</b>	<b>323</b>	-	-	<b>447</b>
Niterói	84	40	132	-	-	256
São Gonçalo	-	-	191	-	-	191
<b>Noroeste</b>	<b>246</b>	<b>108</b>	<b>490</b>	<b>252</b>	<b>21</b>	<b>1117</b>
Itaperuna	246	108	490	252	21	1117
<b>Norte</b>	<b>432</b>	<b>152</b>	<b>302</b>	-	-	<b>886</b>
Campos dos Goytacazes	356	151	246	-	-	753
Macaé	76	1	56	-	-	133
<b>Serrana</b>	<b>451</b>	<b>10</b>	<b>850</b>	<b>55</b>	-	<b>1366</b>
Nova Friburgo	342	1	395	-	-	738
Petrópolis	109	-	455	5	-	569
Teresópolis	-	9	-	50	-	59
<b>Total</b>	<b>3521</b>	<b>841</b>	<b>4693</b>	<b>1063</b>	<b>201</b>	<b>10.319</b>

Fonte:(PES, 2016)



Desse modo, pode-se identificar que foram realizadas 3.521 cirurgias de alta complexidade cardiovascular. Porém, o número de cirurgias esperadas para esta especialidade exclui os procedimentos de implante e troca de marcapasso. Com a exclusão desses procedimentos do total, tem-se 2.261 cirurgias, quando, para a quantidade de serviços já existentes e habilitados, seriam 3.600 cirurgias esperadas. Para especialidade cirurgia vascular foi encontrada uma diferença de cerca de 2.700 cirurgias a menos por ano. Nesta breve análise, pode-se inferir que existe uma oferta insuficiente nos serviços existentes e a necessidade de ações para a expansão de serviços já habilitados, pois os serviços ainda não estão ao nível de capacidade plena na execução dos procedimentos, Quadro 10.

Quadro 10: Quantidade produzida e quantidade esperada de procedimentos de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Estado do Rio de Janeiro

<b>Modalidades- Assistência Cardiovascular</b>	<b>Quantidades de Unidade Habilitadas</b>	<b>Produção Mínimas</b>	<b>Produção Realizadas</b>	<b>Resultados</b>	<b>Parâmetro por Unidade/ Anual</b>
<b>Cirurgia Cardiovascular</b>	20	3600	3521	-79	180
<b>Cirurgia Vascular</b>	20	3600	841	-2759	180
<b>Cardiologia Intervencionista</b>	20	2880	4693	1813	144
<b>Cirurgia Endovascular</b>	8	960	1063	103	120
<b>Laboratório de Eletrofisiologia</b>	4	240	201	-39	60

Fonte: (CIB, 2014; PES, 2016)

\*Incluídos cirurgias pediátricas, implantes e trocas de marcapassos

No Quadro 11, a PNACAC prevê uma quantidade determinada em relação de oferta de serviços em cardiologia de alta complexidade por parâmetro populacional. De acordo com os dados da secretaria estadual, existem as seguintes ofertas inferiores de serviços: 2 serviços de Centro de Referência, 6 serviços de Cirurgia Cardiovascular, 16 serviços de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, 15 serviços de Cirurgia Vascular, 2 serviços de Cirurgia Endovascular, 3 serviços de eletrofisiologia. Apenas o serviço de Cardiologia Intervencionista apresenta uma oferta superior ao quantitativo determinado pela legislação. Portanto, há uma necessidade de expansão dos serviços de cardiologia por novos credenciamentos e criação de 2 centros de referência.

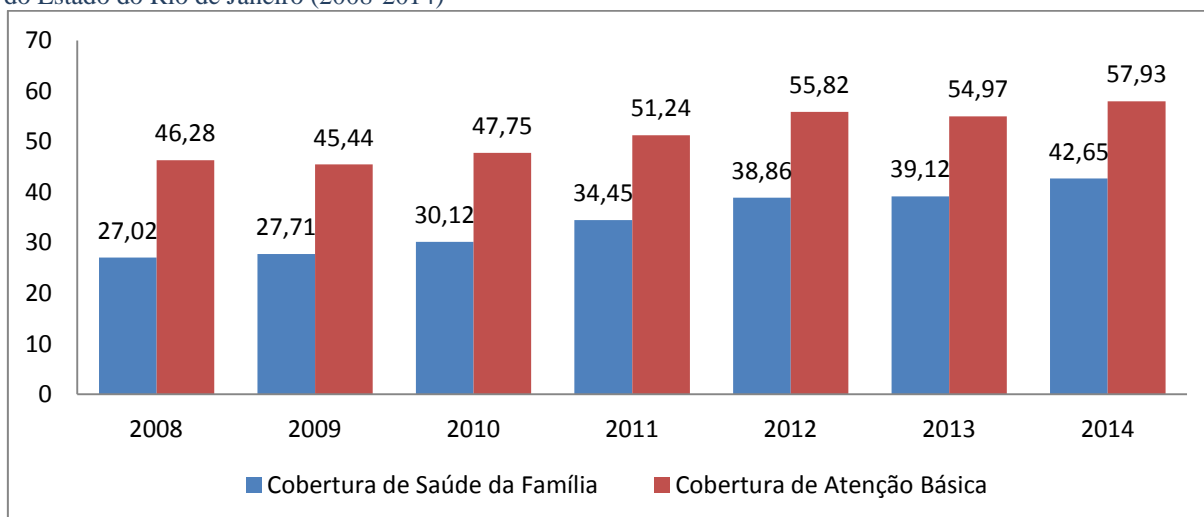
Quadro 11: Comparativo do número de serviços necessários e número de serviços habilitados para Atenção Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro

Especialidades	Nº de habitantes por serviço	Nº de serviços necessários por parâmetro populacional	Total de serviços habilitados no ERJ
Centro de Referência	4000000	4	2
Cirurgia Cardiovascular	600000	27	21
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	800000	20	4
Cardiologia Intervencionista	600000	7	20
Cirurgia Vascular	500000	33	18
Cirurgia Endovascular	2000000	8	6
Eletrofisiologia	2000000	8	5

Fonte: (CIB, 2014; PES, 2016)

Na região Metropolitana I, a cobertura de Atenção Básica no período de 2008 a 2014, aumentou a cobertura de Atenção Básica em 25,17% e de ESF de 57,84%. No ano de 2014, a cobertura da população pela Atenção Básica era 57,93% e da ESF de 42,65%. O percentual de estimativa de cobertura populacional é muito baixo, e há necessidade de incentivos e esforços para ampliação no Estado do Rio de Janeiro. Na capital, a cobertura da ESF atingiu 38,63% e a cobertura da Atenção Básica 50,67%. O segundo maior município da região metropolitana I é a cidade de Duque de Caxias com 23,91% da ESF e 36,36% da Atenção Básica. O terceiro maior município da região é Nova Iguaçu que atingiu 24,93% da ESF e 41,68% da AB. Portanto, esses dois municípios pertencentes a Baixada Fluminense e com grande contingente populacional apresenta coberturas muito baixas o que está relacionado com uma fragilidade para a organização de RAS (PES, 2016).

Gráfico 1: Cobertura estimada por Equipes de Atenção Básica e por Equipes de Estratégia de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro (2008-2014)



Fonte: PES (2015)

A Baixada Fluminense, situada na região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, é uma região que, devido ao seu processo de ocupação, apresenta um cenário de baixo

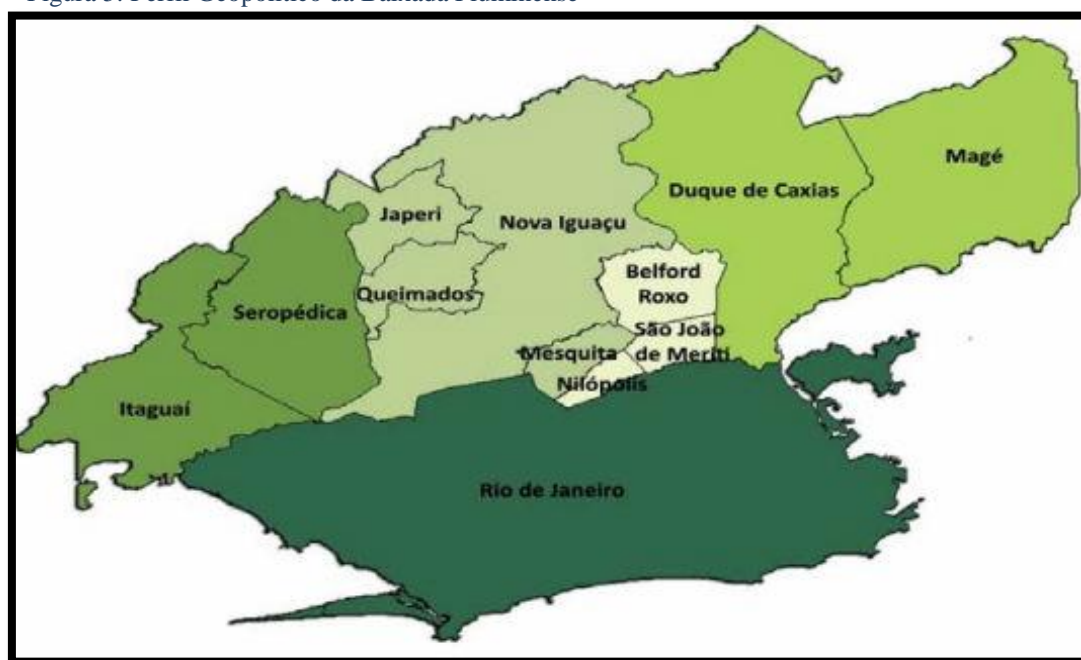
desenvolvimento econômico e precárias condições de saúde. Essa região é constituída por 11 municípios: Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados, Japeri, Magé, Nilópolis, Itaguaí e Seropédica. As condições de saúde estão vinculadas ao processo histórico de acesso que foi muito restrito aos serviços públicos e os comportamentos que resultam em danos a saúde, devido ao estilo de vida imposto a essa população. Portanto, é necessária a implantação de políticas que permitam que esses fatores sejam minimizados ou eliminados. Para isso, devem ser identificadas as principais causas dos problemas de saúde e promover políticas de saúde que correspondam às necessidades populacionais (SENNA, 2002).

#### 5.1.2 O Município de Duque de Caxias

O município de Duque de Caxias é um antigo distrito que pertencia ao município de Nova Iguaçu e que teve a promulgação da sua emancipação no dia 31 de dezembro de 1943. É localizado na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Apresenta uma extensão territorial de 467.620km<sup>2</sup> e uma população em torno 855.048 habitantes o que representa uma equivalência de 8% da área Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e 35% da área da Baixada Fluminense (IBGE, 2010; SILVA, 2017).

O perfil geopolítico administrativo do município de Duque de Caxias tem os seguintes limites: ao norte com os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis; ao sul com Rio de Janeiro; ao leste com o município de Magé e Baía de Guanabara aonde abriga área de preservação de manguezal; a oeste os municípios de São João de Meriti, Nova Iguaçu e Belford Roxo (PMS, 2010).

Figura 5: Perfil Geopolítico da Baixada Fluminense



Fonte: (PMS, 2010)

De acordo com a Lei Orgânica do Município de Duque de Caxias a divisão geográfica constituída de quatro distritos (SILVA, 2017):

- **1º Distrito (Duque de Caxias):** composto de 10 bairros e com a concentração de 46,6% da população (Centenário, Centro, Doutor Laureano, Gramacho, Olavo Bilac, Parque Duque, Parque Sarapuí, Periquitos, Vila São Luís e Vinte e Cinco de Agosto).
- **2º Distrito (Campos Elíseos):** Localizado ao centro-leste com doze bairros (Campos Elíseos, Cangulo, Chácaras Arcampo, Chácaras Rio – Petrópolis, Cidade dos Meninos, Figueira, Jardim Primavera, Parque Fluminense, Pilar, São Bento, Saracuruna e Vila São José).
- **3º Distrito (Imbariê):** localizado a nordeste do município, é composto por dez bairros (Barro Branco, Cidade Parque Paulista, Imbariê, Jardim Anhangá, Parada Angélica, Parada Morabi, Parque Equitativa, Santa Cruz da Serra, Santa Lúcia e Taquara).
- **4º Distrito (Xerém):** ocupa a maior extensão do município e situa-se a noroeste e composto por oito bairros (Amapá, Capivari, Lamarão, Mantiqueira, Meio da Serra, Parque Eldorado, Santo Antônio da Serra e Xerém).

De acordo com Silva (2017), a rede de serviços de saúde em Duque de Caxias apresenta: 14 Unidades Públicas de Saúde com atendimento de emergência 24 horas; 18 Unidades ambulatoriais e 38 Equipes de ESF. As unidades públicas de saúde que tem serviços 24 horas são: Hospital Municipal (1), Unidades pré-hospitalares (6), Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 h (4) e Hospital Estadual (1), Hospital Municipal Infantil (1) e um Centro Municipal de Saúde (1).

O Centro Municipal de Saúde (CMS) destaca-se como unidade de referência em programas de Tuberculose, DST-AIDS e Hanseníase e tem um polo de serviço de epidemiologia. O Hospital Municipal Dr. Moacir Rodrigues do Carmo, é a principal unidade municipal que realiza atendimento para grande emergência, de pacientes encaminhados de hospitais públicos do próprio município e de outros (SILVA, 2017).

A Policlínica Hospital Duque de Caxias é uma unidade hospitalar de média complexidade e que atende diversas especialidades ambulatoriais. Nas unidades com atendimento ambulatorial, há Centros de Reabilitação e prevenção de deformidades; Centro Especial de Atendimento Odontológico (CEO), atendimento ao portador de deficiência (CEAPD), de atendimento ambulatorial ao adolescente usuário de substância química (CEATA) (SILVA, 2017).

Segundo dados epidemiológicos do Plano Municipal de Saúde (2010-2013) as principais causas de mortalidade, conforme quadro 10 foram: 25,69% doenças do aparelho circulatório, 14,34% causas externas de morbidade e mortalidade, 12,34% neoplasias, 11,53% sinais e sintomas mal definidos e 8,32% doenças do aparelho respiratório (Quadro 12).

Quadro 12: Principais Causas de Mortalidade no Município de Duque de Caxias em 2008

CAUSA BÁSICA		2008	
		Nº	%
<b>1ª Causa</b>	Doenças do Aparelho Circulatório	1609	25,69%
<b>2ª Causa</b>	Causas Externas Morbidade e Mortalidade	898	14,34%
<b>3ª Causa</b>	Neoplasia	773	12,34%
<b>4ª Causa</b>	Sintomas e Sinais Mal Definidos	722	11,53%
<b>5ª Causa</b>	Doenças do Aparelho Respiratório	521	8,32%
<b>6ª Causa</b>	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	458	7,31%
<b>7ª Causa</b>	Doenças do Aparelho Digestivo	361	5,76%
<b>8ª Causa</b>	Afecções Originadas no Período Perinatal	261	4,17%
<b>9ª Causa</b>	Demais Causas	661	10,55%
<b>Total</b>		<b>6.264</b>	<b>100</b>

Fonte: PMS (2010)

Ao analisar a produção por nível de complexidade, é possível identificar que no cenário no qual a rede municipal é responsável por cerca de 85,24% do total da assistência

sendo esta composta por: 59,30% da AB, e 25,94% da média complexidade e sem participação na alta complexidade (Quadro 13).

A rede estadual contribui com cerca de 1,23% do total da assistência sendo esta composta por: 0,138% da AB, 1,08% da média complexidade e sem participação na alta complexidade (Quadro 13).

A rede filantrópica participa com 1,20% do total da assistência, sendo esta referente: 0,0523% da AB, 1,135% da média complexidade, 0,0134% da alta complexidade (Quadro 11).

A rede privada contribui aproximadamente com 12,25% do total da assistência sendo esta composta por: 0,0189% da AB, 11,42% da média complexidade e 0,885% da alta complexidade (Quadro 13).

Quadro 13: Quantitativo de Serviços Hospitalares por Nível de Complexidade no Município de Duque de Caxias em 2009

<b>Quantidade Aprovada por Complexidade Ano 2009</b>					
	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Filantrópico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
<b>Atenção Básica</b>	<b>5.324.131</b>	<b>12.469</b>	<b>4.702</b>	<b>1.696</b>	<b>5.342.998</b>
<b>Média Complexidade</b>	<b>2.328.839</b>	<b>97.740</b>	<b>101.933</b>	<b>1.025.519</b>	<b>3.554.031</b>
<b>Alta Complexidade</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.201</b>	<b>79.443</b>	<b>80.644</b>
<b>Totais</b>	<b>7.652.970</b>	<b>110.209</b>	<b>107.836</b>	<b>1.100.000</b>	<b>8.977.673</b>

Fonte: (PMS, 2010)

O histórico do sistema de saúde de Duque de Caxias foi configurado por disputas de relações entre o sistema público e privado. Se por um lado, a saúde estava avançando em regulamentação sobre a saúde como direito social, por outro lado, o município de Duque de Caxias teve como um dos principais entraves para o acesso a ampla participação da iniciativa privada e sem uma das ações de fortalecimento da iniciativa pública.

No início da década de 1980, atenção médica no sistema previdenciário com evidências de favorecimento para o setor privado em detrimento da rede pública o que teve consequência o fechamento por um determinado período do Hospital Geral. Além disso, foi recomendado que os pacientes fossem transferidos para rede contratada, sem averiguar se haveria vagas nos hospitais públicos, assim como as solicitações de exames de diagnóstico e tratamentos terapêuticos eram realizados em estabelecimentos do convênio (CUNHA, 2001).

No cenário da proliferação indiscriminada da maior participação do setor privado da oferta de serviços de saúde no país e do âmbito regressivo da iniquidade de ações e programas focais, ou seja, preocupado com as camadas mais carentes da população (BODSTENIN, SENNA & SOUZA, 1999).

O processo de descentralização é um processo político cujo impacto depende da articulação entre “forças políticas institucionais” e sociais mais amplas. Portanto, a descentralização pode ser assimilada como uma forma mais desagregada dos padrões de “incorporação de demandas” do padrão das políticas públicas do país (BODSTEIN, 1993).

Na década de 1990, um dos maiores desafios foi focalizado na reorganização da prática de atenção à saúde e na oportunidade de constituir um novo modelo assistencial para assegurar a equidade no acesso, aumento da resolutividade nas ações e a geração de uma nova abordagem para as questões locais para maior autonomia dos gestores locais no sistema de saúde, assim como, a participação de novos agentes e sujeitos sociais, reconstruindo espaços de participação e de um novo processo decisório (BODSTENIN, SENNA & SOUZA, 1999).

A experiência do município de Duque de Caxias, na década de 1990, sobre o processo de municipalização, um direcionamento para descentralização e conduziu para melhorias na equidade do acesso e resolutividade no nível da atenção básica. Para melhores resultados, seriam necessárias decisões políticas de alocação de investimentos e responsabilidade com o setor público e com a rede de saúde (BODSTENIN, SENNA & SOUZA, 1999).

De acordo com Bodstenin, Senna & Souza (1999), numa análise dos rumos da assistência médica no município de Duque de Caxias remete que a elevação da oferta de ações médico-sanitárias tem como principal destaque o processo recente de uma intensa descentralização com autonomia financeira e gerencial. Essas iniciativas deveriam apresentar uma contextualização, na medida em que a história de Duque de Caxias e de todos municípios da Baixada Fluminense, há um grande descaso com a saúde e com medidas de saneamento básico.

Além disso, os autores relatam a notoriedade o “sucateamento da rede assistencial” pelo motivo da ausência de profissionais de saúde plantonistas e que a precariedade do serviço na rede pública contribuía para o “inflacionamento da demanda” de atendimento médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro (BODSTENIN, SENNA & SOUZA, 1999).

Portanto, para o cumprimento dos preceitos para a constituição do SUS em Duque de Caxias necessitava da alocação de novos investimentos e apresentava atrasos em seu estágio de implantação de acordo com as exigências da NOB/96 sobre a descentralização. Pode-se considerar que vários fatores contribuíram para esse descompasso, tanto internos quanto externos aos âmbitos de governabilidade do gestor municipal. Os principais fatores externos vinculados a gestão municipal: a fraca participação da esfera estadual como gestora regional do SUS na trajetória histórica, constrangimentos políticos e; dificuldades geradas por normas precedentes, seja pelo que determinavam, seja por não contemplarem certos aspectos da

atenção à saúde. Como os fatores internos destacam-se: as condições próprias do município com técnicas e gerenciais (CUNHA, 2001).

Além disso, Magnago e Pierantoni (2014) consideraram que uma boa estruturação da ESF possibilita o aumento da resolutividade da AB o que diminui a busca por serviços de maior complexidade, a utilização exacerbada de medicações e de equipamentos de alta densidade tecnológica, assim como possibilita a reorganização do sistema. Neste estudo, a falta de infraestrutura relatada pelos gestores são entraves para ampliação e o aperfeiçoamento da rede básica de saúde via ESF, ressaltando a urgência de medidas jurídicas que assegurem a regularização das USBs de Duque de Caxias (RJ) e possam ser habilitadas para recepção de investimentos financeiros alocados para resolução dos problemas de infraestrutura.

De acordo com o cenário da saúde do município de Duque de Caxias, é possível que há um conjunto de problemas associados ao gerenciamento, alocação de recursos; ampliação da AB, porém deficitária pela baixa cobertura, um potencial para atender as demandas de serviços de cardiologia de alta complexidade. A alta participação da saúde privada é um agravante ao nível da alta complexidade, pois dificulta o processo de expansão e o fluxo da rede de serviços públicos na saúde cardiovascular de alta complexidade.

## 5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Foram analisados 16 documentos. O conjunto destes documentos compõe-se de: PNACAC, onze portarias normativas da atenção cardiovascular vinculadas à PNACAC, Projeto Cardiorredes, Projeto Ambulatório de Anticoagulação, Extrato de Cooperação Técnico Científica e Termo de Cooperação Técnica Científica (INC-CISBAF). Desses documentos, a PNACAC foi elaborada entre o segundo semestre de 2003 e todo o ano de 2004, as portarias foram publicadas no ano de 2004 e o Projeto Cardiorredes, o Termo de Cooperação Técnica e Científica, Extrato de Cooperação Técnica Científica e o Projeto Ambulatório de Anticoagulação foram publicados no ano de 2014. O Quadro 14 apresenta o resumo dos documentos analisados.

As portarias referentes à PNACAC estão relacionadas com o estabelecimento de uma nova regulamentação sobre procedimentos técnicos para serviços especializados em cardiologia de alta complexidade que abrangem desde indicadores de qualidade dos serviços, números de procedimentos recomendados tendo como parâmetro a base populacional.

Essa regulamentação tem como finalidade a organização e uma nova conformação dos serviços dos quais são subordinadas a avaliação dos Centros de Referência para



Credenciamento e estabelece os ajustes técnicos necessários para garantir a qualidade e gerenciamento dos serviços especializados.

É importante destacar a criação da Câmara Técnica Cardiovascular que trata-se de uma comissão especializada e composta por diferentes instituições consideradas renomadas em serviços em cardiologia no âmbito nacional pelo MS. Através desta câmara formada por representantes de diferentes instituições, o MS pretendia desenvolver critérios e estabelecer maior rigor técnico para desenvolver protocolos normativos sobre serviços especializados.

Quadro 14: Documentos de Referência a PNACAC utilizados na Análise Documental

Identificação do Documento	Descrição	Finalidade	Quem/comoelaborou	De que trata
PNACAAC	Instituir uma nova configuração de atendimento integral e integrado na Atenção Cardiovascular na Alta Complexidade	Disciplinar a assistência às doenças cardiovasculares no nível da Alta Complexidade e introduzir linhas de cuidados para reduzir ou retardar o dano da doença cardiovascular	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Reestruturação dos serviços hierarquizados e regionalizados com fundamentação nos princípios da universalidade e da integralidade dos serviços de saúde. Estabelecimento/conformação de Redes Estaduais e/ou Regionais. Definição do papel na atenção à saúde. Atualização do sistema de credenciamento.
PORTARIAS	Nº 1.169, 15 de junho de 2004	Instituir a Política Nacional de Alta Complexidade e determinar outras providências	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Instituiu a PNACAC por meio da organização de Redes Estaduais e/ou Regionais em Unidades de Assistência e Centros de Referência de Cardiologia de Alta Complexidade
	Nº 210, 15 de junho de 2004	Definir Redes de Atenção Cardiovascular	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Anexo I- Normas de Classificação e Credenciamento Anexo IIA- Vistoria do Gestor Anexo II B- Formulário para Vistoria do Ministério da Saúde. Anexo III – Inclusão de Procedimentos da Assistência Cardiovascular. Anexo IV – Parâmetros de Assistência Cardiovascular. Anexo V- Relação de Procedimentos Excluídos da Tabela SIH-SUS e SIA-SUS
	Nº 215, 15 de junho de 2004	Incluir na Tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) os procedimentos especificados na a Autorização de Internação Hospitalar – AIH:Ecocardiografia de Estresse Transeofágica e Transtorácica.	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Ecocardiografia e Anexo. Estabelece conduta de autorização e inclusão na tabela de procedimentos a Ecocardiografia de Estresse é um procedimento não invasivo que fornece informações adicionais e fundamentais na avaliação do paciente com cardiopatia.

PORTARIAS	Nº 216, 15 de junho de 2004	Atualizar as tabelas de Orteses, Próteses e Materiais (OPM) de acordo com as novas evidências para melhoria da qualidade.	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Cateterismo Cardíaco. Determinar a composição de um conjunto de materiais utilizados em procedimentos de alta complexidade constantes na Tabela OPM SIH/SUS.
	Nº 217, 15 de junho de 2004	Recompor o Serviço de código 012 - CARDIOLOGIA da tabela de Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações do SUS, incluindo, as classificações - Exame Eletrocardiográficos por Telemedicina e Cardioversão Elétrica Eletiva	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Serviços de Cardiologia
	Nº 218, 15 de junho de 2004	Incluir na Tabela OPM do SIH/SUS, os conjuntos para circulação Extra Corpórea (CEC)	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Definição de OPM Cardiovascular
	Nº 399, 30 de julho de 2004	Instituir uma Câmara Técnica da Assistência Cardiovascular, com a finalidade de proceder à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, bem com rever e atualizar as normas, parâmetros e procedimentos na Tabela do SUS	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Câmara Técnica Cardiovascular
	Nº 494, 10 de setembro de 2004	Restabelecer procedimentos e definir procedimentos em Apac	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Restabelecer procedimentos e definir procedimentos em Apac
	Nº 498, 16 de setembro de 2004	Incluir a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, como membro representante da Câmara Técnica da Nefrologia	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Complemento da Portaria de Câmara Técnica Cardiovascular
	Nº 511, 22 de setembro de 2004	Estabelecer que a Ecocardiografia Transesofágica e Ecocardiografia Transesofágica Transoperatória deve ser realizadas	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	Ecocardiografia Transoperatória e Transesofágica

		por intermédio, tom Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia — SBC		
	Nº 513, 22 de setembro de 2004	Alterar a descrição e incluir alguns procedimentos do Sistema de Intervenção Hospitalar	Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial/DAE/SAS com apoio técnico em oficinas com especialistas em serviços e qualidades técnicas em cardiologia.	
PROJETO CARDIORREDES	Projeto de Cooperação Técnico-Científica entre o INC e as redes regionais de atenção Cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro	Contribuir com a estruturação e desenvolvimento das redes locais de atenção à saúde cardiovascular no país.	Gestores do INC	Elaborado no ano de 2013. O projeto propõe a mediação entre diversos níveis de Atenção na Rede conduzido pelos aspectos de referência na Alta Complexidade Cardiovascular
TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA DO CISBAF/INC	Processo nº 3340957/28/2013-17 publicado no DOU de 25 de julho de 2014	Formentar a implantação de uma Rede Regional de Atenção à Saúde Cardiovascular com Ampla Cooperação Tecnológica, Ensino e Pesquisa e Desenvolvimento de Pessoal na Área da Saúde.	Gestores do INC e Secretária Executiva do CISBAF	O extrato de Cooperação é um documento que oficializa a pactuação entre o CISBAF e INC e tem um prazo de vigência de aproximadamente 1 ano e meio. Este extrato tem o vínculo com o Termo de Cooperação Técnico Científico
PROJETO DO AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO		Descentralizar o atendimento realizado no INC do paciente anticoagulado proveniente da Baixada Fluminense em parceria com seus municípios de origem conforme o Termo de Cooperação INC/ CISBAF.	Gestores e coordenadores técnicos do INC, Chefia Executiva do CISBAF e Gestor e comissão técnica do município de Duque de Caxias	Protocolo de Intenções de Cooperação Técnica Científica INC/CISBAF/Município de Duque de Caxias

Fonte: Elaboração própria

Na análise do projeto cardiorredes e foi verificada a consonância com as diretrizes e princípios da PNACAC (2004b), foram identificadas 19 unidades de significação, agrupadas em cinco categorias (Quadro 15).

Quadro 15: Os Conceitos Chaves da PNACAC para Articulação da Lógica Interna

<b>CÓD.</b>	<b>Unidade de Significação</b>	<b>Categorias</b>
<b>1A</b>	Reorganização do modelo de procedimentos propedêuticos e terapêuticos de Alta Complexidade;	<b>Inversão do Modelo</b>
<b>1B</b>	Instituição um modelo de Atenção Integral e Integrada nos três níveis da atenção;	
<b>1C</b>	Modelo construído a partir da atenção básica, e a média e alta complexidade tem ações suplementares e complementares;	
<b>1D</b>	Abordagem integral do usuário, com objetivo de diminuir ações na Alta Complexidade;	
<b>1B</b>	Fortalecimento de ações em um projeto terapêutico integral com serviços centralizados nas necessidades dos usuários e com vários serviços na linha de produção do cuidado;	<b>Integralidade a Atenção à Saúde</b>
<b>2B</b>	Potencialização da capacidade de gestão interlocução e negociação através da organização do cuidado e a integração de diferentes níveis de atenção através da alocação de recursos para todas as ações, fluxos de atenção centrados nos usuários com a facilitação de referências e contrarreferências;	
<b>2C</b>	Atribuição à atenção básica, a responsabilidade pela gestão do projeto terapêutico a ser desenvolvido na linha do cuidado;	
<b>2D</b>	Avaliação os resultados da regulação dos serviços por intermédio de indicadores sensíveis;	
<b>2E</b>	Definição protocolos de atendimento claros com rotinas definidas e fundamentadas por diretrizes atualizadas e especializadas;	
<b>3A</b>	Estruturação redes estaduais e/ou regionais de acordo com a NOAS 01/2002 de forma a considerar os princípios da universalidade e da integralidade das ações de saúde;	<b>Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência Cardiovascular</b>
<b>3B</b>	Garantia da atenção dos pacientes nos vários níveis de complexidade através do estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência;	
<b>3C</b>	Garantia de mecanismos de avaliação, supervisão e Controle da Assistência prestada na Política de Atenção ao Portador de Doença Cardiovascular.	
<b>4A</b>	Contribuição para uma nova conformação de prestação de serviços de cardiologia específicos dentro das conformidades de atendimento;	<b>Padronização das Unidades e Criação de Centros de Referências de Alta Complexidade</b>
<b>4B</b>	Definição que as unidades de assistência em alta complexidade como unidades com condições técnicas satisfatórias, instalações físicas, equipamentos e recursos adequados à prestação de assistência especialidade.	
<b>4C</b>	Auxiliar nos serviços assistenciais e ao gestor público, de caráter técnico, na definição de políticas de atenção dirigidas às patologias cardiovasculares.	
<b>5A</b>	Fortalecer do papel dos hospitais de ensino na rede de atenção para o auxílio da gestão e ampliação da produção de serviços, estruturação da pesquisa e do ensino para aplicar os resultados na rede do SUS, além do gestor qualificar a atenção aos pacientes nos diversos níveis da atenção;	<b>Instrumentos de Apoio aos Gestores Públicos: Estratégias de Fortalecimento das ações de controle, regulação e avaliação.</b>
<b>5B</b>	Fortalecer a integralidade das ações, exigindo das unidades cadastradas o atendimento e realização de exames e procedimentos para diversos níveis de atenção, de forma a minimizar a autorização de realização de procedimentos isolados.	
<b>5C</b>	Controlar procedimentos de alto custo pela estratégia de avaliação de incorporação de tecnologia e acompanhamento do custo/efetividade/utilidade desses procedimentos pelos Centros de Referência;	
<b>5D</b>	Aperfeiçoamento do sistema de informação: incorporação de registros de procedimentos e instrumentos de avaliação de qualidade;	

Fonte: Elaboração própria

### 5.2.1. Elementos Constitutivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e sua Interface com o Projeto Cardiorredes

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a população de idosos no ano de 2020, alcançará 32 milhões, sendo esse o grupo de pessoas que mais adoece (BRASIL, 2004a). No documento a Política Nacional de Saúde 2012-2015, o planejamento do cuidado das DCNT é referido na diretriz de número cinco, na qual ressalta a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônica (BRASIL, 2011a, p.79):

“No tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), deverão ser estabelecidas linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa, a partir do plano de ações estratégicas para o enfrentamento destas doenças no Brasil, abrangendo o aprimoramento e vigilância dos portadores de condições crônicas. Essas linhas compreenderão projeto terapêutico adequado, a ser vinculado ao cuidador e à equipe de saúde. Outra prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com a ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT. Igualmente, serão fortalecidas as medidas voltadas ao atendimento integral nos casos de acidentes e doenças que resultem em deficiências.”

A formulação da PNACAC tem como principal finalidade a orientação e organização da assistência às doenças cardiovasculares no nível da alta complexidade em base ao estabelecimento de: equipes especializadas, recursos materiais e instalações físicas apropriadas. A partir das diretrizes e estruturação da PNACAC as categorias de análise apresentadas para discussão são: inversão do modelo, integralidade a atenção à saúde, redes estaduais e/ou regionais de assistência cardiovascular, padronização das unidades e criação de centros de referência de alta complexidade e instrumentos de apoio à gestão relacionada com estratégias de fortalecimento das ações de controle, regulação e avaliação.

#### 5.2.1.1 *Inversão do Modelo*

É uma diretriz que está relacionada com a estruturação de um modelo de atenção em cardiologia no qual prevê que o usuário tenha o acesso de forma integral e integrada e com interação com os três níveis de atenção, e sendo modelo construído a partir da atenção básica. A proposta de “Inversão do Modelo” está presente com maior abrangência no item “Contextualização” do PC (INC,2014a) e está relacionado com o direcionamento para o desenvolvimento dos três níveis da atenção de forma integral e integrada.

Foi identificada que uma das grandes demandas da Atenção Cardiovascular na Baixada Fluminense estava relacionada com a “Reorganização do modelo de procedimentos propedêuticos e terapêuticos de Alta Complexidade” e foi citada no item “Contextualização” do PC:

“As entradas pelas portas do sistema carecem de canais fluidos que transitem da Atenção básica para a terciária, da terciária para a secundária e assim por diante, em todas as disposições possíveis nessa relação transversal.”

A inversão do modelo de atenção em uma rede de atenção temática quando ainda necessita consolidar a atenção básica como porta de entrada e gestão da rede constitui-se em uma das principais estratégias para o fortalecimento do SUS. Considerando que as atribuições da atenção básica estão associadas à prevenção e promoção da saúde, ao acolhimento à demanda espontânea, à organização da demanda programada, ao cuidado direto a múltiplas situações e à gestão do cuidado como afirmou LIMA *et al* (2012a), é esperado que a inversão do modelo na atenção cardiovascular de alta complexidade tenha maior participação da atenção básica.

Conforme Lima *et al* (2012a) a atenção básica cumpre a função de garantia do acesso, abrangência/integralidade, continuidade/longitudinalidade e coordenação do cuidado. Não é possível esperar avanços relacionados com a inversão de modelo sem considerar que é necessário aumentar o nível da cobertura da atenção básica e que os representantes da gestão da saúde básica devem participar ativamente do processo da constituição de linhas de cuidado em cardiologia.

No PC e no PA está previsto a inclusão da gestão da atenção básica participação do Conselho Gestor. Além disso, as equipes multiprofissionais da atenção básica que participariam de atividades da educação permanente desenvolvida pelo INC, com objetivo de atender as demandas do ambulatório especializado sendo uma estratégia de fortalecimento da participação da AB no processo de constituição das linhas de cuidado previstas na PNACAC (2004b).

Sendo assim, é desejável que no planejamento de ações vinculadas à política em saúde, a estratégia de “inversão do modelo de atenção” seja considerada em ações de projetos e/ou programas para fomentar o alcance de metas na reorganização da rede de atenção na saúde cardiovascular de alta complexidade. Nesse aspecto, no item “Contextualização” do PC foi valorizada a ideia de que a base da elaboração para rompimento do modelo de atenção verticalizado e a intensificação do diálogo na gestão entre os três níveis de atenção só pode ser consolidado por meio da cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF):

“A reestruturação da Atenção Básica por meio da intensificação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é ferramenta importante para enfrentamento do paradigma da verticalização do sistema. E uma vez devidamente implantada, deve se configurar como o centro da comunicação, ordenadora do cuidado, na rede de atenção primária”.

Para a “Inversão do Modelo”, o projeto PC prevê na Cooperação Técnica-Científica, a organização das linhas de cuidado cardiovascular na região da Baixada Fluminense, tendo o CISBAF como o mediador das interlocuções entre a atenção básica da cidade de Duque de Caxias e o INC. Para o desenvolvimento desta organização está previsto a descentralização de ambulatórios especializados de Atenção à Saúde Cardiovascular através da criação de projetos colaborativos para atender demandas epidemiológicas, de logísticas e de redução de custos.

De acordo com Guerreiro & Branco, (2011); Silva & Gomes, (2014) a NOAS 01/2002 recomenda que as mudanças necessárias para o ajuste do modelo de atenção à saúde devem ser fundamentadas em um planejamento por intermédio de indicadores sociais, epidemiológicos, com ações de origem fundamentadas nas concepções do território, risco e diagnóstico local de saúde através dos instrumentos estabelecidos na legislação. No PC, TCTC e PA não foram encontrados elementos de planejamento sobre o diagnóstico local de saúde como os considerados pelos instrumentos da legislação da NOAS 01/2002, que são essenciais para identificar as demandas e para estabelecer o ajuste do modelo de atenção em saúde.

Está previsto, na “inversão do modelo”, a redução de intercorrências. Neste aspecto, no PC, para a abordagem integral do usuário, o fluxo na rede seria definido pelo INC para a cidade-polo, que por sua vez possuiria estrutura ambulatorial para prestar atendimento da mesma qualidade prevista pela avaliação técnica do INC. O acesso seria facilitado para exames de rotina, acompanhamento multiprofissional e unidades de emergência que seria adjacente a mesma unidade hospitalar na perspectiva de redução do risco de intercorrências. Portanto, o PC prevê o acesso do paciente próximo a sua residência dado que isso contribuiria para a regularidade do atendimento ambulatorial e para a diminuição da necessidade de outros procedimentos de alta complexidade.



### 5.2.1.2 Integralidade a Atenção à Saúde

A concepção de integralidade na PNACAC está relacionada com a oferta de serviços em todos os possíveis estágios do processo saúde e doença para assegurar o acesso a todos os serviços essenciais para o atendimento das suas necessidades no cuidado da patologia cardiovascular. Na análise da “Integralidade à Atenção à Saúde” foi identificado como elemento que mais está associada com os fundamentos do item “estratégia metodológica” do PC, principalmente no que consiste na “potencialização da capacidade de gestão e interlocução e negociação através do cuidado e da integração de diferentes níveis de atenção através da alocação de recursos para todas as ações, fluxos de atenção centrados nos usuários com a facilitação de referências e contrarreferências”.

A potencialização da capacidade de gestão, interlocução e negociação está vinculada com as contribuições da “cooperação técnico-científica” que trata da estratégia de interlocução para “qualificação das linhas de cuidado cardiovascular” que pretendia ser estabelecida do nível regional ao nacional (INC, 2014b).

Para o processo de organização das linhas de cuidado há necessidade da integração entre o conjunto de saberes, tecnologias e recursos disponibilizados para enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, caracterizado por um modelo de atenção alternativo a partir da demanda e desenvolvida pelo fundamento da regionalização da assistência à saúde e da articulação interfederativo (BRASIL, 2011b). A integração e disponibilização do conjunto de saberes, tecnologias e recursos para enfrentamento de riscos, previstas numa organização de regionalização foi desenvolvida no PC, PA e TCTC através dos fundamentos para a constituição de uma “cooperação técnica científica”.

O PC atribui as responsabilidades para construção das estratégias metodológicas da gestão pelo modelo de “Governança em Cogestão” para organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde visando o controle de indicadores epidemiológicos:

“A implantação de um modelo de governança em cogestão está configurada por gestão colegiada representada, por exemplo, por Consórcios Intermunicipais, ou outras instituições congêneres, e pela constituição de Conselhos Gestores que contemplem em suas composições integrantes da rede, gestores do SUS e o INC”.

O “Conselho Gestor” é outra estratégia para o desenvolvimento do PC, por se tratar de um grupo de condução de ações regionais que tem como intuito o fortalecimento da implementação das “Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde” no contexto da saúde cardiovascular. Sendo assim, o Conselho Gestor foi a instância responsabilizada pelo

desencadeamento do processo de Articulação, Sensibilização e Pactuação dos atores envolvidos: gestor do INC, CISBAF e gestor do município.

Para Franco e Margalhões Júnior (2004), no que concerne à “Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado”, uma das grandes dificuldades dos serviços de saúde está nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, procedimentos de média e alta complexidade. Com a finalidade de reduzir gastos e planejar ações efetivas o apoio intergestores é uma das estratégias para resolver questões relativas aos serviços especializados no SUS.

No âmbito da gestão institucional, O INC baseou suas estratégias de planejamento administrativo na perspectiva do Planejamento Estratégico Integrado (PEI) para formulação de objetivos e ações estratégicas com os diferentes atores inseridos no sistema para a condução do PC, no qual se pretendia o desenvolvimento de uma gestão compartilhada em toda rede. Além disso, a cooperação técnica científica envolveu a organização de oficinas de trabalho para construção do processo de trabalho por intermédio de metodologia ativa, denominada metodologia da problematização para o desenvolvimento do diagnóstico situacional da rede de atenção cardiovascular de forma articulada com o PEI. As atividades de construção do processo de trabalho previstos no PC seriam executadas em diferentes momentos através de reuniões, visitas técnicas e seminários com a participação da direção do INC, do CISBAF e de técnicos e gestores dos municípios pactuantes.

O PC também valorizou a participação e o controle social, através da gestão participativa referente ao convite dos Conselhos Municipais de Saúde das cidades, caso o gestor da cidade fosse adepto do PC através da pactuação.

O Plano de Trabalho do PC teve como principal enfoque a “Potencialização da capacidade de gestão e interlocução e negociação através do cuidado e da integração de diferentes níveis de atenção através da alocação de recursos para todas as ações, fluxos de atenção centrados nos usuários com a facilitação de referências e contrarreferências”. Dessa forma, pode-se associar uma consonância entre as “estratégias metodológicas” e o “Plano de trabalho do PC” para estabelecer o vínculo e diálogo no campo da gestão, do planejamento e do processo decisório.

Conforme o referencial do Planejamento estratégico, o plano de trabalho foi estabelecido em quatro etapas: momento político, momento estratégico, momento normativo e operacional. O momento político foi constituído pela determinação de ações de pactuações entre o INC e CISBAF. O momento estratégico baseou-se na concretização do diagnóstico situacional de saúde cardiovascular a partir da análise de dados dos pacientes cadastrados no

INC e residentes na região da baixada fluminense, de acordo com os serviços ambulatoriais dos quais eles são cadastrados. Por outro lado, não foi identificada uma análise do diagnóstico situacional dos municípios envolvidos.

É importante ressaltar que o Pacto pela Saúde visa o processo de descentralização voltados para a ampliação da oferta dos serviços do SUS em consonância com a realidade social, política e administrativa em todo o país. Além disso, valoriza a importância de identificar as especificidades regionais para superação da fragmentação das políticas e programas de saúde para promover a qualificação da gestão (BRASIL, 2006a).

No momento normativo foram desenvolvidas reuniões locais e nas unidades de saúde para captação de recursos e a execução de duas atividades: organização de oficinas de trabalho e elaboração de projetos locais integrados, além de captação de recursos. Por último, o momento operacional que consistiu no delineamento das linhas de cuidado em assistência cardiovascular de alta complexidade com a participação do Grupo de Trabalho e Gestão Cardiovascular (CISBAF e o município participante).

Na contextualização do TCTC, a proposta indica a importância da ação integrada o que tem uma conexão com a unidade de significação “Fortalecimento de ações em um projeto terapêutico integral com serviços centralizados nas necessidades dos usuários e com vários serviços na linha de produção do cuidado”.

No TCTC, a descrição no item “Gestão Conjunta” (INC, 2014b) é identificado o papel do Conselho Gestor como agente articulador na determinação de programas de trabalho e no planejamento de trabalhos. Além disso, o Conselho Gestor atua na busca da resolução de problemas regionais com as considerações dos atores envolvidos no “aumento da capacidade de gestão interlocução e negociação através do cuidado e integração de diferentes níveis de atenção através da alocação de recursos (...)”.

Com relação as RAS, a OPAS (2010) considera um “Sistema de Governança único para toda rede”, sendo este um dos atributos para integração com a atenção primária; e no PC estão associadas ao “Conselho Gestor” e o termo “ Governança em Cogestão” para estabelecer a “Cooperação-Técnica-Científica”.

Assim como no TCTC, no item “Responsabilidades Projeto PA” (INC, 2014b) relacionadas com o papel do CISBAF também apresentou as mesmas características que os demais documentos quanto a forma de amplificar o espaço de interlocução e negociação entre os representantes. Nesse contexto, a promoção de investimentos regionais das cidades inseridas na pactuação integrada e a disponibilização dos recursos humanos mediadas pela a ação da interlocução.

A pactuação integrada e à amplificação do espaço para garantir a integralidade da saúde na atenção cardiovascular são responsabilidades presente no PA e atribuída através da mediação pelo CISBAF. Desse modo, são direcionados o direito de acesso de atenção nos três níveis da complexidade da assistência médica nos sistemas de serviços de saúde que são previstos no conceito da integralidade do indivíduo e das famílias (PAIM, 2012).

### *5.2.1.3 Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência Cardiovascular*

A formação de redes estaduais e/ou regionais na atenção cardiovascular na PNACAC tem a finalidade de promover a atenção aos pacientes em diferentes níveis de atenção com melhor controle do fluxo de referência e o contrarreferência. Na análise dos itens específicos de cada documento, “Contextualização do Projeto PC”, “Cooperação Técnica Científica do PC”, “Estratégia Metodológica do PC”, “Plano de Trabalho TCTC”, “Objeto TCTC”, “Gestão Conjunta do TCTC”, “Objeto do TCTC” e “Atribuições e Competências do INC no TCTC” foram encontrados informações que estão em concordância no que contempla o nível de ação “Estruturar redes estaduais e/ou regionais de acordo com a NOAS 01/2002 de forma considerar os princípios da universalidade e integralidade das ações da saúde”.

É importante destacar que de acordo com a análise de Kuschnir (2015b), a organização da rede de serviços de saúde tem um sentido de direcionamento transversal, por linhas de cuidado nas quais, baseiam-se em um ‘recorte’ de estratégia de articulação entre diferentes unidades que fazem parte da rede e a integração de práticas internalizadas com objetivo de tratamento e cuidado de certas doenças e/ou pacientes.

Pode-se compreender que este ‘recorte’ do que retrata pontos fundamentais na articulação entre diferentes unidades podem ser modificados de acordo com algumas das necessidades cotidianas pelo processo de interação entre as unidades. Há necessidade de incorporar rotinas que sejam mais próximas das necessidades regionais e que no PC a integração das práticas internalizadas foram desenvolvidas por formulações e/ou estudo de protocolos existentes nos serviços especializados para o cuidado do paciente anticoagulado e de outras especialidades cardiovasculares.

As características relacionadas com o momento político e institucional da organização das ações e numa tentativa de articulação dos atores para o planejamento da rede de saúde cardiovascular, a atuação em diferentes níveis de atenção e a necessidade de “Estruturação de Redes Regionais de Atenção Cardiovascular” como é referido no item “Contextualização do PC” (INC, 2014a):

“Nessa linha, o projeto representa uma ponte entre os diversos níveis de atenção da rede, puxado pelo aspecto de referência mais complexa no componente da saúde cardiovascular, objetivando ser catalisador para a organização de Redes de Atenção Cardiovascular que venham a contribuir para a maior e melhor eficácia nas intervenções imediatas e mediatas, emergentes e urgentes, das ocorrências cardiológicas e vasculares.”

“Através da assinatura de Termos de Cooperação Técnico-Científico com consórcios regionais ou instituições jurídicas congêneras, visualizadas como potenciais aglutinadores de macrorregiões de saúde no estado, o INC estabelecerá com esses municípios apoio técnico-científico contribuindo e fomentando na estruturação de Redes Regionais de Atenção Cardiovascular, tendo como principal meta o enfrentamento conjunto do paradigma de baixa efetividade, da assistência aos agravos cardiovasculares, no pressuposto da busca de efetividade da assistência cardiovascular no “SUS Fluminense.”

Em consonância com o papel dos atores envolvidos, a constituição do “Planejamento do Projeto de Redes Regionais de Atenção Cardiovascular” e o desenvolvimento de uma “Agenda” de Plano de Trabalho do PC por gestão compartilhada entre os atores envolvidos e com representantes de diferentes níveis da atenção (INC, 2014a).

De acordo com Mendes (2007), por se tratar de um problema de saúde específico e com nível de complexidade avançada, a estruturação de Redes Regionais e Estadual na atenção cardiovascular de alta complexidade constitui-se em “Rede Temática”, pois implica na modelagem de duas situações necessárias para resolução de problemas de saúde: atendimento de pacientes ao nível terciário e a ampliação do acesso da atenção cardiovascular a procedimentos dos usuários da Baixada Fluminense.

Em relação ao conceito de rede do MS (BRASIL, 2010), a conformação de combinações organizativas para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, entre diversidades tecnológicas que constituem um nível de integração para garantir a integralidade da saúde devem ter uma associação entre o sistema técnico, logístico e operacional. Nesse sentido, pode-se entender que os termos “redes” e “integralidade do cuidado” interagem nesse processo e são interdependentes e que não se pode constituir uma rede sem uma composição unificada e integrada de ações em que o seu enfoque seja o atendimento da integralidade na saúde.

É possível identificar no objeto do TCTC a da intenção de desenvolvimento futuro de um “Programa de Cooperação Técnica”, pois pretendia-se ampliar diferentes serviços especializados do ambulatório de Cardiologia para Baixada Fluminense:

“Constitui objeto do presente Termo o estabelecimento de um Programa de Cooperação Técnica, a ser executada pelos convenentes, para desenvolvimento de atividades nas áreas de planejamento de serviços e políticas públicas de saúde,

capacitação de recursos humanos e treinamento de pessoal, realização de cursos de atualização, extensão e especialização em diferentes áreas da saúde, desenvolvimento de atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, tendo em vista a qualificação da Atenção à Saúde Cardiovascular nas cidades integrantes da Rede Regional de Atenção à Saúde Cardiovascular da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro”

Porém, na ação efetiva e concretizada foi efetuado com o desenvolvimento de um “Projeto”, pois após a todo processo organizativo e funcionamento do ambulatório que trata de um “Projeto Piloto” foi interrompido pelos entraves e conflitos de diferentes cenários transversais como: diferentes momentos políticos em diferentes esferas, baixa adesão dos gestores municipais, falta de infraestrutura e projeções futuras para o desenvolvimento de serviços de cardiologia, falta de recursos e investimentos para saúde e ausência de diálogo e/ou barreiras impostas pelos conflitos de gestão.

Além disso, é possível destacar que no item “Gestão Conjunta do TCTC” os “mecanismos de avaliação” e a “metodologia empregada na constituição do plano de trabalho” estabelecida e coordenada pelo Conselho Gestor são elementos que visam “Garantir mecanismos de avaliação, supervisão e Controle da Assistência prestada na Política de Atenção ao Portador de Doença Cardiovascular”. Os programas e/ou planos estavam previstos para serem avaliados e credenciados por um período de consolidação anuais:

“Para garantia dos interesses comuns dos convenentes, todas as atividades a serem desenvolvidas para execução dos programas mencionados serão coordenadas por um Conselho Gestor, com representação das duas partes”.

“O Conselho Gestor será responsável pela definição dos programas anuais de trabalho e dos planos anuais de aplicação de recursos relativos a este Termo, bem como da resolução de problemas oriundos do desenvolvimento da parceria”.

De acordo com Lima et al, (2012a), é necessário construir um delineamento dos itinerários dos usuários ao longo da rede, estabelecer as responsabilidades de cada unidade de saúde, os mecanismos de integração e as maneiras para assegurar os recursos essenciais ao cumprimento do acordo. No PC, TCTC e PA, as responsabilidades de cada unidade de saúde foram preocupações em pauta e algumas considerações sobre o percurso dos usuários, mas não tão discutidas nos documentos. As principais lacunas seriam relativos aos mecanismos de integração, e aos recursos essenciais de responsabilidade de um ano pelo INC e sendo depois o município responsabilizado pelos recursos, mas esses recursos não foram devidamente descritos nesses documentos.

#### *5.2.1.4 Padronização das Unidades e Criação de Centros de Referências de Alta Complexidade*

A Padronização das Unidades e a Criação de Centros de Referência de Alta Complexidade representam o estabelecimento de uma nova conformação de unidades prestadoras de serviços na assistência de alta complexidade no que se refere: condições técnicas satisfatórias, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados de acordo com as portarias normativas.

O Recadastramento e a Nova Conformação das Unidades não foram identificados como ações implícitas no projeto e não foram enfatizadas medidas que possibilitem uma associação mais direta com atendimento ao quesito da PNACAC quanto à reavaliação dos serviços de cardiologia.

Para a PNACAC (2004a), a inclusão de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular devem ser organizados, segundo o cumprimento das exigências quanto às qualidades técnicas necessárias para o desempenho satisfatório das atividades.

Contudo, foi possível identificar, em linhas gerais, a problematização sobre a questão e a possibilidade de desenvolvimento de ações pelas demandas locais no item “Cooperação Técnica Científica” do PC que pode indicar que a participação da rede pública municipal no PC contribuiria com criação de novos ambulatórios especializados e/ou projetos para atendimento das necessidades de saúde da rede da Baixada Fluminense (INC, 2014a):

“A intenção é que a integração proposta venha a dar respostas nos diversos aspectos epidemiológicos, logísticos e de custos para atendimento às necessidades e otimização da rede pública regional com sustentabilidade dos projetos que venham a ser desdobrados a partir dessa aproximação.”

Desse modo, no teor do PC pode-se identificar a projeção da descentralização de serviços especializados em cardiologia, mediante a preocupação com a manutenção da qualidade de forma similar aos atendimentos realizados na unidade da INC elencada com a unidade “Possibilitar uma nova conformação de prestação de serviços de cardiologia específicos dentro das conformidades de atendimento”. Nesse sentido, o plano de trabalho do PC prevê, no momento operacional, “Definir protocolos de atenção aos agravos à saúde do coração”.

No TCTC relacionado com o item “as atribuições do CISBAF”, há o posicionamento sobre a condição específica do desenvolvimento de “infraestrutura e suporte logístico da rede”

para que o INC concretize o estabelecimento das instituições municipais que teriam um “funcionamento pleno” contemplados na cooperação técnica científica.

Conforme a PNACAC (2004), é necessário atualizar o sistema de credenciamento, mas para isso, as unidades de cardiologia devem adequar a prestação de serviços e procedimentos ao nível da Alta Complexidade, Alta Tecnologia e Alto Custo. Além disso, o PA previa que a responsabilidade do município de Duque de Caxias estaria associada com a disponibilidade de estrutura física para o atendimento e que esta seria uma condição a ser atendida e fundamental para assegurar um padrão de qualidade do serviço do ambulatório de anticogulação (INC, 2014c):

“Disponibilizar a estrutura física para o atendimento aos pacientes compatível com o fluxo produtivo do atendimento de forma a garantir a manutenção da qualidade do atendimento prestado.”

Nas portarias ministeriais precedentes e do mesmo período da instituição da PNACAC, como no caso da Portaria n.º 210 do SAS/MS (BRASIL, 2014c), o INC foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional e órgão de articulador do recadastramento das unidades e criação de novas unidades assistenciais em Cardiologia, como foi referido no item “Cooperação Científica” retratado no PC. Porém, a PNACAC não atribui ou cita este papel institucional do INC como fomentador das ações, mas na portaria n.º 214/2004 como uma instituição responsável pelo “apoio técnico” para a Criação de Centros de Referências de Alta Complexidade. Existe nesta concepção uma ação de bilateralidade funcional na medida em que o INC cumpre seu papel no suporte técnico operacional de forma auxiliar como centro de referência, ao mesmo tempo, O INC pode assumir um papel de protagonista na definição de políticas como representante do MS de acordo com as demandas da rede local.

Desse modo, é possível destacar que para a padronização da oferta de serviços os pontos chaves do PC, TCTC e PA estavam vinculados com a capacitação das equipes multiprofissionais e inserção de protocolos de serviços especializados como ações essenciais para garantia da qualidade técnica.



### *5.2.1.5 Instrumentos de Apoio à Gestão: Estratégias de Fortalecimento das Ações de Controle, Regulação e Avaliação*

As estratégias de fortalecimento das ações de controle, regulação e avaliação que estão relacionadas com o item do PC que refere-se aos “Termos da Cooperação Técnica e Científica” que foram pactuadas com o CISBAF. Entende-se que através de pactuações macrorregionais haveria um direcionamento que potencializaria a estruturação de Redes Regionais de Atenção Cardiovascular de forma a superar questões relacionadas com “baixa efetividade, assistência aos agravos cardiovasculares”, e a importância do fortalecimento de ações para o “SUS Fluminense”.

No campo do desenvolvimento das ações, no PC é descrito que o INC tem como “missão institucional” a participação de programas de prevenção e coordenação de pesquisas avançadas na área de Cardiologia. Desse modo, o INC desenvolve o apoio técnico com destaque: no projeto PREFERE (Programa de Prevenção à Febre Reumática), consultoria pelo MS em Cardiologia para Credenciamento e na participação em “Ensaio Clínico Randomizado Multicêntrico” na “Terapia Celular em Cardiopatias”. Além disso, o fortalecimento da gestão pública pode ser atribuído ao papel institucional na formação dos profissionais nas especialidades cardiológicas para adultos e na pediatria e mantém convênios com universidades para o desenvolvimento na educação permanente.

As ações, projetos e capacitações desenvolvidas pelo INC estão associadas com a unidade de significação referente à PNACAC no qual se enfatiza “Fortalecer o papel dos hospitais de ensino na rede de atenção para o auxílio da gestão e ampliação da produção de serviços, estruturação da pesquisa e do ensino para aplicar os resultados na rede do SUS, além do gestor qualificar a atenção aos pacientes nos diversos níveis de atenção”. Este foi um componente que foi frequentemente difundido como um dos alicerces e contribuições do INC na rede de atenção para a Baixada Fluminense.

Segundo a OPAS (2010), um dos atributos da rede integrada a atenção primária é a criação de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do percurso de serviços de saúde. Através desse atributo, é possível estabelecer quais os indicadores devem ser utilizados para controle, regulação e avaliação da coordenação assistencial.

As principais funções do hospital na rede de atenção são referentes as internações cirúrgicas eletivas, internações clínicas, cuidados ambulatoriais e emergência e reabilitação, portanto, a rotina hospitalar apresenta maior nível de complexidade tecnológica (KUSCHNIR,

2015b). Além disso, os hospitais de ensino assumem o compromisso de formação de profissionais e contribuem com conhecimentos para melhoria dos serviços.

Sendo assim, o fortalecimento do papel dos hospitais de ensino na rede de atenção é reconhecido como uma estratégia que possibilita o desenvolvimento e propagação de ações de uma política, e inclusive da PNACAC, na perspectiva de desenvolvimentos de ações baseadas na gestão do conhecimento especializado e na melhoria da qualidade técnica dos trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção sendo um dos instrumentos de apoio da gestão pública.

Em consonância com essa perspectiva, em uma das propostas do INC dentro do item “Cooperação Técnica Científica” relacionada ao PC atribui que “cooperar para a qualificação das linhas de cuidado cardiológicas, através de redes colaborativas” no qual pretende-se reduzir “indicadores de morbidade e letalidade dos pacientes com agravos cardiovasculares”. Desse modo, a proposta da constituição de ‘corredores funcionais’ que direcionam o paciente ao longo da rede e que potencializam a integração das ações em saúde, desenvolvidas por diferentes profissionais e em unidades não especializadas, geralmente localizadas em mais de um município (LIMA et al, 2012a).

Sendo assim, os objetivos do plano de trabalho também estão direcionados para o fortalecimento dos hospitais de ensino, pois trata como aspectos centrais no “Plano de Trabalho do PC” o desenvolvimento dos recursos humanos por intermédio de capacitações e treinamentos para rede de atenção cardiovascular; implantação da telemedicina, estímulo a pesquisa, fomentação de projetos científicos e tecnológicos no âmbito da saúde cardiovascular (INC, 2014a).

Na constituição do item “Contextualização do TCTC”, foi atribuída à importância da valorização da “formação e capacitação dos recursos humanos” como estratégia no processo de consolidação de ações no âmbito do SUS no seguinte fragmento (INC, 2014b):

“Que a formação e capacitação de recursos humanos constituem um dos pilares do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde”.

Na análise do item “Objeto do TCTC” uma agregação próxima entre a idealização de um “Programa de Cooperação Técnica”, no qual pode inferir a intencionalidade de ampliação ou expansão por parte do “Conselho Gestor” e/ou INC, “planejamento de serviços e políticas públicas de saúde”, “capacitação de recursos humanos e treinamentos de pessoal” e a formação de “Redes Regionais de Atenção à Saúde Cardiovascular da Baixada Fluminense do

Estado do Rio de Janeiro”. Cabe ressaltar que esses elementos estão relacionados com a estratégia para formar uma Rede Regional na área de Atenção Cardiovascular.

O conhecimento construído e acumulado pela experiência dos profissionais das rotinas ambulatoriais especializadas do INC que foram sistematizados pela produção de protocolos na trajetória do processo de trabalho e estão vinculados com o padrão de qualidade para utilização de insumos e rotinas do serviço previstos no PA. Foi disponibilizado oportunidades de treinamento em serviço e acompanhamento de avaliação dos conhecimentos técnicos dos profissionais na implantação do PA.

De acordo com Paim (2003), os profissionais envolvidos com a unidade de saúde já possuem a consciência sobre o conhecimento de ações e tentam manter um controle entre as suas atividades e todas as rotinas do setor e seus pacientes. Desse modo, os profissionais conseguem estabelecer um nível de organização das atividades realizadas e estabelecem mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores.

De acordo com o item “Atribuições e Competências do INC” descrito no TCTC, as suas atividades prevalecem no âmbito do ensino, pesquisa e educação permanente e continuada, com a inserção dos profissionais que possuem conhecimento técnico-científico mais aprofundado, formação acadêmica e/ou experiência docente, principalmente para o desenvolvimento de ações educativas, descentralizadas e regionalizadas no âmbito da educação cardiovascular:

“Franquear aos profissionais de saúde, pesquisadores, professores e demais profissionais, previamente autorizados por escrito, e desde que envolvidos oficialmente em projetos e programas decorrentes do presente Termo, o acesso as instalações do INC que venham a ser especificadas.” (Atribuições e Competências do INC, TCTC, 2014)

Como o INC tem trajetória histórica de organização de tecnologias de saúde na área Cardiovascular nas quais são desenvolvidos projetos científicos e tecnológicos, o TCTC previa ações de articulação com a Rede Regional para o desenvolvimento local, de forma a contribuir com a estruturação da RAS de Atenção Cardiovascular e oferecer atenção integral.

“Desenvolver projetos científicos e tecnológicos do interesse das partes que qualifiquem a estruturação da Rede Regional viabilizando a atenção integral à saúde cardiovascular com foco nos procedimentos de promoção, proteção e recuperação da saúde (...). (Atribuições e Competências do INC, TCTC, 2014)

No projeto PA, na descrição do item referente as “Responsabilidades do INC” há informações que apresentam concordância com o PC e TCTC que estão relacionadas também

com o fortalecimento dos hospitais de ensino e pesquisa e uma estratégia pré-definida para equipe multidisciplinar:

“Capacitar e treinar a equipe multiprofissional com foco inicial nas áreas médicas, de enfermagem e farmácia desdobrando-se, posteriormente, as demais áreas assistenciais envolvidas” (Responsabilidade do Projeto PA, 2014).

De acordo com o item as “Atribuições e Competências do INC” no TCTC, o compromisso de um acesso qualificado e regulado do paciente de um Centro de Referência para uma Rede Regional pode ser alcançado por mecanismos de ações do INC que assegurem toda informação referente ao paciente. Com isso, pode-se identificar na descrição do item as “Responsabilidades do INC” no projeto PA que esses mecanismos de qualificação e regulação dos usuários foram baseados nas seguintes ações: disponibilização de uma base dados padronizada, encaminhamento formal do paciente para cidade pólo e atualização dos registros de controle.

Na base de dados foram incorporados o histórico clínico resumido, exames laboratoriais e medicamentos que seria compartilhada do INC para o CISBAF e o Ambulatório de Duque de Caxias. Todas essas informações foram encaminhadas para os gestores da rede. O encaminhamento formal foi realizado com orientação prévia de um profissional do Ambulatório de Anticoagulação, na medida em que a oportunidade de acesso ao serviço na unidade de residência do usuário de Duque de Caxias com documentação própria frase está incompleta.

Quanto a PNACAC, no que concerne a “Controlar procedimentos de alto custo pela estratégia de avaliação de incorporação de tecnologia e acompanhamento do custo/efetividade/utilidade desses procedimentos pelos Centros de Referência”, foram identificados que em consonância com outras ações, o Ambulatório de Anticoagulação descentralizado incluía atualizações dos registros para o controle do acesso e acompanhamento no sistema pelo Conselho Gestor. Além disso, foi exigida a elaboração de relatórios de produção e gestão, registros da gestão farmacêutica de forma periódica sobre a movimentação dos insumos.

Na análise dos objetivos gerais da PNACAC, do PC e do PA, é importante considerar que a PNACAC tem como principal finalidade organizar a assistência cardiovascular no nível da alta complexidade, pois até aquele momento, de edição da Política, não havia um dispositivo normativo que estabelecesse regras normativas para todo território nacional. Além

disso, foi elencada a importância de construir linhas de cuidados para o enfrentamento das doenças cardiovasculares.

Após uma década de PNACAC, o PC determinou a finalidade de contribuir para estruturação e desenvolvimento das redes locais de atenção à saúde cardiovascular em estrita relação com a PNACAC, pois enfatizou que a saúde cardiovascular na região metropolitana I necessita de uma estruturação e que essa só pode ser viabilizada pela conformação de redes de atenção cardiovascular. Além disso, considerou que o desenvolvimento das redes regionais e das linhas de cuidado preconizadas na PNACAC deveriam ser realizadas, a partir do diálogo entre o INC e as secretarias municipais de saúde. O desenvolvimento da rede seria possibilitado não somente pela aquisição de recursos tecnológicos, mas pelo fortalecimento de ações pelo desenvolvimento de “competências” de recursos humanos.

As equipes multiprofissionais dos ambulatórios especializados são protagonistas no compartilhamento das informações, conhecimentos técnico-científicos e formulação de protocolos para os demais profissionais que atendem nas redes de atenção cardiovascular em diferentes níveis da atenção cardiovascular. Além disso, a necessidade de desenvolvimento de projetos de telemedicina em cardiologia para atender outras redes de atenção em saúde cardiovascular, como uma projeção de continuidade que se transformaria em um “Programa de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade” para outras regiões do estado brasileiro e com potencial de pactuações para outros estados brasileiros.

Em comparação com a PNACAC e o PC, o PA estabeleceu como finalidade institucional a constituição materializada do PC através da descentralização do ambulatório especializado em anticoagulação do INC que previa a regulação dos pacientes deste ambulatório cadastrados no INC para as cidades da Baixada Fluminense, sendo o município de Duque de Caxias o “projeto piloto”. Sendo assim, a “implantação” do ambulatório, a capacitação dos profissionais de saúde em Duque de Caxias e o estímulo a produção do conhecimento científico na rede regional foram as principais contribuições do PA.

Com essa mudança, algumas das políticas públicas de cunho social sofreram redução e/ou foram interrompidas em diferentes áreas da gestão, desse modo, as novas formações de equipe de gestão institucional e/ou do Conselho Gestor sofreram interferências em sua continuidade.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A PNACAC é um importante marco para a organização de uma rede temática que tem como prioridade o fortalecimento da atenção à saúde cardiovascular no sistema de saúde brasileiro. Essa política é instituída no cenário da transição demográfica da população brasileira, no qual, além do aumento da expectativa de vida, apresenta-se o aumento das comorbidades relacionadas às DCNTs.

A implementação da PNACAC está pautada em pilares associados aos princípios do SUS: universalidade, integralidade, hierarquização, regionalização e equidade. Neste sentido, o documento tem características que não estão somente direcionadas para normatização e conceitos técnicos, mas tem o sentido de estimular a reorganização da rede. O acesso e oferta de serviços aos portadores de patologias cardiovasculares no SUS devem considerar o atendimento integral aos pacientes. Para esta finalidade, é necessário que os serviços sejam organizados a partir de redes regionalizadas.

As recomendações da PNACAC para os gestores é que as pactuações e ações na atenção na saúde cardiovascular de alta complexidade devem ser desenvolvidas através da conformação de Redes Estaduais e/ou Regionais para melhor alcance dos padrões previstos nas normativas quanto à qualificação técnica, à organização dos serviços, recursos materiais e gestão da equipe multiprofissional.

A interação entre diferentes níveis de atenção e o estabelecimento de medidas de gerenciamento voltadas para descentralização e expansão das unidades de atendimento ao nível de complexidade terciária devem ser estimuladas. Desse modo, o sistema de credenciamento para adequação da prestação de procedimentos de Alta Complexidade, Tecnologia e Custo contribui para a alocação de recursos do SUS e controle administrativo e social.

Apresentam-se como barreiras para expansão e credenciamento dos serviços de atenção cardiovascular: a baixa cobertura da AB e ESF, falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção para estabelecimento de ações para desenvolver a rede de atenção cardiovascular em diferentes níveis de complexidade, baixa densidade tecnológica em algumas regiões, falta de capacitação e de equipes multiprofissionais para melhorar a especificidades dos atendimento e a falta de controle por instrumentos de monitoramento e avaliação para construção de indicadores e metas para os problemas de saúde .

Observa-se que PNACAC, no que refere ao texto integral da Política, não está acessível em formato eletrônico na rede, mas sim em portarias normativas, o que dificulta o conhecimento por parte de gestores e população e uma melhor reflexão sobre as interfaces entre a nova conformação do modelo da atenção cardiovascular de alta complexidade e a sua consonância com as recomendações do SUS.

Numa análise sobre a atenção cardiovascular do estado do Rio de Janeiro, bem como sobre a implementação do Projeto Cardiorredes, observou-se que a participação do INC é imprescindível para a implementação da PNACAAC. Essa afirmativa é fundamentada pelo fato de que a instituição se insere como um representante legal do MS, pela alta especificidade e a qualidade de serviços em cardiologia e alta execução de procedimentos realizados e vínculos que sustentam em grande parte as demandas, principalmente do Estado do Rio de Janeiro.

Nessa perspectiva, pode-se considerar que a implementação da PNACAC, políticas e programas de atenção cardiovascular de alta complexidade redes estaduais e/ou regionais no Estado do Rio de Janeiro são dependentes do direcionamento do INC, e por isso, é necessário que o MS e a Gestão Estadual contribuam no espaço de interlocução e agregação na formulação de políticas para o portador de doença cardiovascular.

Em 2014, a tentativa de descentralização da rede de atenção cardiovascular para Baixada Fluminense foi uma das principais contribuições em termos de ações para o fortalecimento da PNACAC formuladas pelo INC. De acordo com a análise, no PC é possível identificar elementos que estão em consonância com a PNACAC e a NOAS 01/2002 quanto a estruturação de redes.

Contudo, umas das principais limitações para o fortalecimento, desenvolvimento e expansão do projeto Cardiorredes foi a falta de inserção do gestor estadual e/ou uma articulação em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Nesse contexto, é possível concluir que a gestão estadual identifica necessidades e fragilidades da atenção cardiovascular de alta complexidade, mas não previu inserção nas pactuações, processos decisórios e formalizações de acordos de cooperação para o desenvolvimento do projeto regional. É importante, ressaltar que neste período, o governo do Estado do Rio de Janeiro passou por conflitos em decorrência da crise política e econômica que incidiu sobre as instituições estaduais de saúde, desestabilizando a ofertas de serviços e procedimentos.

Por outro lado, a partir do Projeto Cardiorredes constituiu-se nas articulações entre os atores, espaço de discussões e reflexões sobre a saúde cardiovascular na região da Baixada Fluminense, inserção de convênios para a incorporação de tecnologia para solução de

problemas de saúde, oportunidade para o planejamento de capacitação de equipes em diferentes níveis de atenção, principalmente na atenção primária e descentralização de serviços especializados.

O Projeto de descentralização do Ambulatório de Anticoagulação foi a expressão de uma ação vinculada a proposta do Projeto Cardiorredes que dentro das limitações do diálogo entre os diferentes níveis de atenção, uma experiência que tornou-se tangível pelo momento político propício e que o diálogo entre os atores é essencial para mobilização de grupos de trabalho para o desenvolvimento das ações.

Com isso, é possível compreender que o desenvolvimento das linhas de cuidado na atenção cardiovascular não é apenas dependente do componente técnico, alocação de recursos e disponibilidade do INC para realização do planejamento institucional para elaboração de políticas, programas ou projetos. É necessário que haja a mobilização dos gestores de saúde dos municípios da Baixada Fluminense para manifestar a vontade política para atender as demandas locais e alavancar investimentos na saúde, principalmente na cobertura da Atenção Básica que é a base da Inversão do Modelo e que possibilita a funcionalidade da rede.

Um dos pontos positivos para o desenvolvimento do PC e PA foi a valorização das equipes de atenção básica, como estratégia de ampliar o conhecimento técnico da especificidade do ambulatório de anticoagulação. Esses profissionais são cruciais para o fortalecimento das redes de atenção cardiovascular e para a criação da linha de cuidado.

A integralidade está presente entre os elementos constitutivos do PC e PA. Encontra-se associada à potencialização da capacidade da gestão e da interlocução e negociação conforme é instituída a organização do cuidado e a integração de diferentes níveis de atenção para organização de recursos, planejamento de ações, fluxos de atenção.

Um dos pilares no PC foi a utilização da fundamentação do estabelecimento de Redes Regionais, instituída no TCTC, PC e PA como uma das recomendações da NOAS 01/2002 para estruturação das redes estaduais e ou regionais que devem ser desenvolvidas em conformidade com os princípios da universalidade e da integralidade das ações da saúde. Além disso, foi garantido o fluxo de referência e contrarreferência dos usuários do PA. Por outro lado, os mecanismos e avaliação, controle e supervisão foram definidos pelos atores envolvidos, mas não foram estabelecidos claramente nos documentos e/ou indicadores de qualidade o que pode ser considerada uma limitação.

A Padronização das Unidades e Criação de Centros de Referência de Alta Complexidade foi estabelecida através da mediação do INC e direcionada para o contexto de contribuição para gestão pública pela formulação do PC que tinha atributos que



possibilitariam o atendimento do PNACAC e até mesmo um potencial de uma definição de política para o atendimento das demandas das patologias cardiovasculares no cenário do estadual, regional e para os municípios vinculados a Baixada Fluminense.

A estratégia de planejamento de instrumentos de apoio à gestão teve como principal enfoque no fortalecimento do papel dos hospitais de ensino como INC na rede de atenção para contribuir na gestão e ampliação da produção de serviços, estruturação da pesquisa e do ensino para aplicar os resultados na rede de atenção cardiovascular na Baixada Fluminense e a qualificação dos profissionais de saúde elaborado pela equipe multiprofissional do INC em diferentes níveis da atenção.

Portanto, a experiência do PC contribuiu para compreensão do papel institucional do INC no desenvolvimento de programas, projetos e ações. Estes são peças chaves para reflexão sobre o desenvolvimento da PNACAC e que é possível e emergencial a continuidade da conformação de redes de atenção cardiovascular no Estado do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS:

ABRASCO. **Informativo da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva**, n.97, out. 2006 (Edição Especial do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).

ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013.** Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

AZEVUM, A.; NETO, J.M.R; PIEGAS, L. **Why do we need randomized and epidemiological studies on cardiovascular disease? Evidence-based cardiology VII.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.72, n.3, p.289-295, 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009

BODSTEIN, R. C. (org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

BODSTEIN, R.C; SENNA M.C.M; SOUZA, R.G.S. **Novos Desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ.** Rio de Janeiro, v.4,n.79, 1999.

BOZZA, T.M. **A implementação da contratualização das unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. 2015.** 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2015.

BRAGA, M. H. et al. **Políticas de Saúde no Brasil: uma visão baseada nas normas reguladoras editadas no período de 1990 a 2010.** Revista HU, Juiz de Fora, v.39, n.3 e n.4, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

BRASIL. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O consórcio e a gestão municipal em saúde.** Brasília:1997, p.1-32.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Ministerial nº2.203.** Norma Operacional Básica SUS, Brasília 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº473/GM em 11 de maio de 2000.** Integra o Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras no Sistema de Unidades de Referência do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência da Saúde** – (NOAS-SUS 01/2001). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência da Saúde** – (NOAS-SUS 01/02). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 28 fev. 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Especializada: Coordenação-Geral de Alta Complexidade Ambulatorial. Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade**. Brasília, 2004b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n°1169/GM em 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências, 2004c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n°210 de 15 de junho de 2004**. Defini as Unidades de Assistência em Alta Complexidade e os Centros de Referência em Alta Complexidade e suas aptidões e Qualidades, 2004d.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°215, de 15 de junho de 2004: Ecocardiografia**, 2004d

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/M n°216, de 15 de junho de 2004: Cateterismo cardíaco**, 2014e

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°217, de 15 de junho de 2004: Serviço de Cardiologia**, 2014f

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°218, de 15 de junho de 2004: Definições de OPM cardiovascular**, 2014g

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n° 399, de 30 de julho de 2004: Câmara Técnica Cardiovascular**, 2014h

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°494, de 10 de setembro de 2004**. Restabelecer procedimento e definir procedimentos em APAC, 2014i

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°498, de 16 de setembro de 2004: Complemento da Portaria da Câmara Técnica Cardiovascular**, 2014j

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°511, de 22 de setembro de 2004: Ecocardiografia Transoperatória Transesofágica**, 2014k

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n°513, de 22 de setembro de 2004: Altera a descrição e inclui alguns procedimentos da tabela do Sistema de Informação Hospitalar (SIHSUS)**, 2014l

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº11107 de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à **Descentralização Coordenação de Integração Programática** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto nº6017 de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei nº11107, de 6 de abril de 2005 que dispões sobre normas gerais de contratação dos consórcios públicos.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde- PNS: 2012-2015**. Brasília, 2011a.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação, e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 novembro 2011b.

BRASIL, MINSITÉRIO DA SAÚDE. **Decreto nº 7797 de 30 de agosto de 2012**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde.

BRASIL, DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Extrato de Termo de Cooperação Técnico-Científico**. Brasília, nº141 25 e julho de 2014.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, v I, 4 ed., 2000.

CARNEIRO, T. S. G. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 38, n. 102 [Acessado 7 Julho 2019] pp. 429-439, 2014.

CELLARD, A. A análise documental. In: **A pesquisa qualitativa: enfoques epidemiológicos e metodológicos** / tradução de Ana Cristina Nasser. – Petrópolis,RJ : Vozes.(Coleção Sociologia) Título original: La recherche qualitative. p. 295-316, 2008.

CISBAF. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE. **História**, 2014 <<http://www.cisbaf.org.br/cisbaf/historia>> Acesso disponível em 10 de abril de 2016.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.181-199.

CUNHA, E.M. **Regra e Realidade na Constituição do SUS Municipal: Implementação da NOB 96 em Duque de Caxias**. Dissertação (Mestrado em Ciências da área de Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2017 .

FLEURY, S.;OUVERNEY, A. M. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANCO, T.B; MARGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização de linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 271, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz de integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v.26, n.60, 37-61, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Deliberação CIB nº3.129 de 25 de agosto de 2014**. Aprovar, na forma do Anexo I desta Deliberação, a relação das Unidades Assistenciais e Centro de Referências em Alta Complexidade Cardiovascular habilitadas no Estado do Rio de Janeiro. Publicada no D.O de 11 de setembro de 2014

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **O Processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: Histórico de 2001 a 2017, 2017**. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>> Acesso em 20 de setembro de 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **Realinhamento do Plano Estadual de Saúde 2016-2019** (PES, 2016), Rio de Janeiro, 2016.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

GUIMARÃES, R.B. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Cadernos Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1017-1025, 2005.

GUIMARÃES, R. M. Diferenças Regionais na Transição da Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Revista Panamericana Del Salud Publica**, v.37, n.2, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS: Prospectivos para o Brasil 1991-2030**. Projeto UNFPA/BRASIL. São Paulo, Arbeit, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IGLESIAS, C. et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. **Revista Pesquisa e Cuidados Fundamentais**, v.2, p. 974-977, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC). **Projeto Cardiorredes**. Rio de Janeiro, 2014a.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC). **Termo de Cooperação Técnica Científica entre CISBAF e INC**. Rio de Janeiro, 2014b.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC). **Protocolo de Intenções para Implantação do Ambulatório Avançado de Anticoagulação no Hospital Moacyr Rodrigues do Carmo em Duque de Caxias**. Rio de Janeiro, 2014c.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA. **Sobre o Instituto**, 2015. Disponível em: <<http://www.inc.saude.gov.br/>> Acesso em 10 de abril de 2016.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. C; FAUSTO, M. Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais. Sistemas de Saúde e Sistemas de Proteção Social. In: KUSCHNIR, R. ; FAUSTO, M. (orgs). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**, ENSP: FIOCRUZ, v. 1, n.2, 2015

KUSCHNIR, R. As Redes de Atenção à Saúde: Histórico, Conceitos e Atributos. KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. (orgs). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**, ENSP: FIOCRUZ, v. 2, 2015a

KUSCHNIR, R. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado in KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M (orgs). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**, ENSP: FIOCRUZ, v.3., 2015b

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, A.P.G.L. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.16,n.4, p.985-996, 2000.

LIMA, L.D. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro, 1100p, 2012a.

LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Revista de Ciências em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v.17, n.11, p.2881-2892, 2012b.

LORGA FILHO, A M. et al. Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. **Arquivos Brasileiros em Cardiologia** [online], vol.101, n.3, suppl.3 , p.01-95, 2013.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cereus**, Gurupi, 2014, v. 6, n. 1, p. 03-18.

MANSUR, A. P; FAVARATO, D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. **Arquivos Brasileiros em Cardiologia**, v.99, n.2, p.755-76, 2012.

MEDICI, A.C; BELTRÃO, K.I. Transição Demográfica no Brasil: Uma Agenda para Pesquisa. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, n12, p.199-214,1995.

MELLO, G.A. & VIANA, A.L.D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.1219-1239, 2012.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 61, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MURRAY, C.J.L; LOPEZ, A. The Global Burden of Disease in 1990: final results and their sensitivity to alternative epidemiologic perspectives, discount rates, age-weights and disability weights. In: CJL MURRAY & AD LOPEZ (ed). **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Harvard School of Public Health, Harvard, p. 246-293, 1999.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro 2.ed., 1100p, 2012.

OLIVEIRA, E.X.G; CARVALHO, M.S; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, n.2, 386-402, 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi: Rio de Janeiro. 6 ed., p. 567-586, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**.2.ed. Rio de Janeiro,1100p, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (PMS)**, Duque de Caxias, 2010.

PINTO JÚNIOR, V.C, et al. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**, v.27, n.3, 463-468, 2012.

PINTO,A.M.S; PINHEIRO, R.S. Utilização de cirurgias cardíacas de alta complexidade no Estado do Rio de Janeiro numa perspectiva regionalizada: SIH-SUS – 1999 a 2007. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.445-455, 2010.

POLDONY, J. M. & PAGE, K. L. – **Network forms of organization**. Annual Review of Sociology, 24: 57-76, 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares**, 2017.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANE, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira História e Ciências Sociais**., v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes Interfederativas de Saúde um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, 1671-1680, 2011.

SANTOS, L; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, p.438-446, 2015.

SCATENA, J.H; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.10, n.2, p. 47-74, 2001.



- SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.4, p.897-908, 2004.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 203-211, 2002.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007
- SHORTELL S, GILLIES R, ANDERSON D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health Affairs**, v.13, p.46-54, 1994.
- SHORTELL, S. M. *et al.* – **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.
- SILVA, E. **A inserção e o Trabalho do Técnico de Enfermagem no Tratamento Supervisionado do Programa de Controle da Tuberculose no município de Duque de Caxias - RJ**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
- SILVA, E. C.; GOMES, M. H.A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.
- SIQUEIRA, A. et al. Impacto econômico das doenças cardiovasculares. **Arquivos Brasileiro em Cardiologia**, v.109, n.1, p.39-46, 2017.
- SOARES, G.P. ET AL. Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro de 1979 a 2010. **Arquivos Brasileiros em Cardiologia**, 2015.
- TORRES, L. A. G. **Consórcio Intermunicipal: Estudos, Pareceres e Legislação Básica. Informativo Jurídico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM)**. São Paulo: CEPAM/Fundação Prefeito Faria Lima, n.11, 1995.
- VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto — lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, 493-507, 2002.
- VIANA, A. L. D; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.
- VIANA, A.L.D. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Revista Saúde Sociedade**, v.24, n.2, p. 413-422, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles 2015**. WHO, 2016a. Disponível em:  
[http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_rawdata/en/](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/) Acesso: 10 de abril de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Projected deaths by cause, in the world regions baseline scenario 2030**. WHO, 2016b.

# ANEXO I: EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

Nº 141, sexta-feira, 25 de julho de 2014

Diário Oficial da União - Seção 3

ISSN 1677-7069

123

**PREGÃO Nº 22/2014**

O pregoeiro no uso de suas atribuições que lhe confere a portaria 43/2014-IOC faz saber que no dia 22 de julho de 2014 as treze horas e cinquenta e oito minutos foi homologado o resultado de julgamento do prego eletrônico 22/2014 que teve como vencedoras as empresas: **QIAGEN BIOTECNOLOGIA BRASIL LTDA**, CNPJ:01.334.250/0001-20, nos itens 14,17,34 no valor total de R\$13.124,00; **MICROBAC PRODUTOS E SERVIÇOS PARA LABORATORIO LTDA E**, CNPJ:07.137.575/0001-08 no item 43 no valor total de R\$2.528,00; **OBAB PRODUTOS E SERVIÇOS PARA SEGURANÇA E ENSINO LTDA**, CNPJ:09.134.068/0001-38 no item 31 no valor total de R\$560,00; **DIAGNOSTICA BRASIL SOLUCOES EM PRODUTOS MEDICO-HOSPITAL**, CNPJ:12.019.315/0001-60 no item 2 no valor total de R\$1.490,00; **INTERPRISE COMERCIO E SERVIÇOS TECNOLOGICOS LTDA-EPP**, CNPJ:14.813.834/0001-20 no item 1 no valor total de R\$700,00; **ALPHATEX COMERCIO DE PRODUTOS CIENTIFICOS LTDA-ME**, CNPJ:18.006.744/0001-89 nos itens 18,24 no valor total de R\$5.300,00; **LIFE TECHNOLOGIES BRASIL COMERCIO E INDUSTRIA DE PRODUT**, CNPJ:63.067.904/0005-88 nos itens 1,6,8,13,35,36 no valor total de R\$12.931,00; **ORBITAL PRODUTOS PARA LABORATORIOS LTDA-ME**, CNPJ:71.443.667/0001-07 nos itens 25,26,27,28,39 no valor total de R\$4.890,00; valor total da licitação R\$1.463,00 (Quarenta e um mil, quinhentos e sessenta e três reais).

FRANCISCO ALMEIDA DE BARROS JUNIOR

(SIDEI - 24/07/2014) 254463-25201-2014NE800161

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO****EXTRATO DE CONTRATO**

Espécie: Contrato de Nº 378/14, Processo: 445/14, firmado entre o Grupo Hospitalar Conceição e PROLOG COMERCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS DE INFORMATICA LTDA. - ME, CNPJ Nº 13.771.148/0001-71. Objeto: Contratação de empresa especializada para elaboração de projeto da nova central de logística do GHC, bem como revisão dos atuais processos de distribuição. Validade: 4 (quatro) meses. Valor total: R\$ 210.000,00 (duzentos e dez mil reais).  
Signatários: Dr. Carlos Eduardo Nery Paes - Diretor Superintendente, Dr. Gilberto Barchello - Diretor Adm. e Financeiro e Dr. Paulo Ricardo Bobek - Diretor Técnico.

**EXTRATO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO**

PROCESSO 784/14 DISPENSA: 396/14. OBJETO: aquisição de medicamentos padronizados, manipulados, quimioterápicos e psicotropicos e entorpecentes. FAVORÉCIDOS: 01.640.262/0001-83 CI-TOPHARMA MANIPULACAO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS; 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 92.132.786/0001-19 CRISTAL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 92.965.611/0245-13 DIMED SA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS - FILIAL.; 97.249.759/0001-44 ROSANGELA APARECIDA DA ROSA. Fundamento: Art. 24 inciso IV a Lei 8666/93. Valor Total R\$ 107.765,00 (cento e sete mil, setecentos e sessenta e cinco reais).  
Signatários: Dr. Carlos Eduardo Nery Paes - Diretor Superintendente, Dr. Gilberto Barchello - Diretor Adm. e Financeiro e Paulo Ricardo Bobek - Diretor Técnico.

**AVISOS DE LICITAÇÃO  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 281/14**

Objeto: Locação de um sistema rastreável de monitoramento da glicose no sangue utilizado tanto residentes, com fomento dos insumos, para o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmea, pelo período de 12 (doze) meses. ABERTURA: 07/08/2014 às 08:30h. Local: Site do Banco do Brasil.

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 283/14 - SRP**

Objeto: Aquisição de Órteses e Próteses Auditivas (Tabela SUS), pelo Sistema de Registro de Preços, pelo período de 12 (doze) meses, para o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. ABERTURA: 07/08/2014 às 08:00h. Local: Site do Banco do Brasil.

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 312/14 - SRP**

Objeto: aquisição de medicamentos Curva "A", "B" e "C" (alteplase, bicarbonato de sódio, cisplatina, heparina, insulina humana e outros), pelo Sistema de Registro de Preços, pelo período de 12 (doze) meses, para o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmea. ABERTURA: 07/08/2014 às 09:00h. Local: Site do Banco do Brasil.

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 330/14**

Objeto: Aquisição de Instrumental Médico Hospitalar (escova p/limpeza, máscara, e pinças), em ENTREGA ÚNICA, para o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. ABERTURA: 07/08/2014 às 09:00h. Local: Site do Banco do Brasil.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/interatividade/2014>, pelo código 06032014072500123

**PREGÃO PRESENCIAL Nº 343/14**

Objeto: Contratação de empresa para de engenharia e arquitetura para execução de reforço estrutural na subestação do Hospital Cristo Redentor. ABERTURA: 07/08/2014 às 09:00h. Local: Av. Francisco Trein, 596, Porto Alegre/RS. Comissão de Licitação, primeiro andar, fundos, ao lado da Biblioteca do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Porto Alegre-RS, 23 de julho de 2014.

NEURY JOÃO MORETO

Gerente de Matérias

**AVISOS DE REGISTRO DE PREÇOS**

O Grupo Hospitalar Conceição conforme dispõe o parágrafo 2º do artigo 15 da Lei das Licitações Nº 8666/93, torna público as empresas classificadas em primeiro lugar nas Atas de Registro de Preços:

Pregão Eletrônico Nº 583/13. Processo Nº 1905/13. Data de Assinatura: 14/02/2014. Objeto: aquisição de carnos (funcionais, de transporte e de supermercado) e enceradeiras. Valor total estimado: R\$ 102.605,75 (cento e dois mil, setecentos e cinco reais e setenta e cinco centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 01.705.580/0001-85 WORLD AGENT - COMERCIO IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS; 02.963.523/0001-69 J LARA INDUSTRIA DE MAQUINAS E PRODUTOS DE LIMPEZA; 09.313.600/0001-84 ALTASMIIDAS COMERCIAL LTDA - EPP; 10.553.866/0001-53 LAP COMERCIO DE EQUIPAMENTOS LTDA.

Pregão Eletrônico Nº 05/14. Processo Nº 2040/13. Data de Assinatura: 21/03/2014. Objeto: aquisição de medicamentos padronizados curva "C". Valor total estimado: R\$ 89.599,81 (oitenta e nove mil, quinhentos e noventa e nove reais e oitenta e nove centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 05.782.733/0001-49 CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 10.807.173/0001-70 MEDPOA COM. DE MAT. HOP. LTDA ME.; 12.927.876/0001-67 DIMAC/IMG MATERIAL CIRURGICO LTDA.; 26.921.908/0001-21 HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR; 44.734.671/0001-51 CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.; 65.817.900/0001-71 AGLON COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.; 81.887.838/0006-55 PRODIET FARMACEUTICA S/A - FILIAL.

Pregão Eletrônico Nº 633/13. Processo Nº 2035/13. Data de Assinatura: 25/04/2014. Objeto: aquisição de medicamentos padronizados curva "C". Valor total estimado: R\$ 83.650,11 (oitenta e três mil, seiscentos e cinquenta reais e onze centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 05.782.733/0001-49 CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 26.921.908/0001-21 HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR; 44.734.671/0001-51 CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.; 93.815.124/0001-06 VITALIFE PRODUTOS FARMACEUTICOS HOSPITALARES LTDA.; 94.516.671/0001-53 CIRURGICA STA.CRUZ COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR.

Pregão Eletrônico Nº 68/14. Processo Nº 148/14. Data de Assinatura: 11/04/2014. Objeto: aquisição de medicamentos padronizados, não padronizados, quimioterápicos e psicotropicos e entorpecentes. Valor total estimado: R\$ 851.550,48 (oitocentos e cinquenta e um mil, quinhentos e cinquenta reais e quarenta e oito centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 00.088.317/0001-21 VICTORIA COM. DE PROD. HOSPITALARES LTDA.; 04.071.245/0001-60 LICIMED DISTR. MEDIC. CORRELATOS PROD. MED. HOSP.; 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 44.734.671/0001-51 CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.; 61.129.409/0001-05 OPHTHALMOS IND.COM. DE PRODS. FARM. LTDA.

Pregão Eletrônico Nº 02/14. Processo Nº 2039/13. Data de Assinatura: 28/04/2014. Objeto: aquisição de medicamentos padronizados curva "C". Valor total estimado: R\$ 1.201.702,71 (um milhão, duzentos e um mil, setecentos e dois reais e setenta e cinco centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 00.714.673/0001-03 ENDO-SUL COM. E REPE. MATL. CIRURGICO LTDA.; 05.782.733/0001-49 CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 11.018.062/0001-47 ADISUL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 12.927.876/0001-67 DIMAC/IMG MATERIAL CIRURGICO LTDA.; 26.921.908/0001-21 HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR; 61.129.409/0001-05 OPHTHALMOS IND. COM. DE PRODS. FARM. LTDA.; 79.250.676/0003-55 CIRURGICA JAW COM. DE MAT.MEDICO HOSPITALAR LTDA.; 81.887.838/0006-55 PRODIET FARMACEUTICA S/A - FILIAL; 94.516.671/0001-53 CIRURGICA STA. CRUZ COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR.

Pregão Eletrônico Nº 629/13. Processo Nº 2034/13. Data de Assinatura: 05/05/2014. Objeto: aquisição de medicamentos padronizados curva "C". Valor total estimado: R\$ 315.208,92 (trezentos e quinze mil, duzentos e oito reais e noventa e dois centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 00.088.317/0001-21 VICTORIA COM. DE PROD. HOSPITALARES LTDA.; 04.071.245/0001-60 LICIMED DISTR. MEDIC. CORRELATOS PROD. MED. HOSP.; 05.155.425/0001-93 CASULA E VASCONCELOS IND. FARMAC. E COM. LTDA.; 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 11.018.062/0001-47 ADISUL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 12.927.876/0001-67 DIMAC/IMG MATERIAL CIRURGICO LTDA.; 44.734.671/0001-51 CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.; 49.324.221/0001-04 PRESENSUS KABI BRASIL LTDA.; 61.129.409/0001-05 OPHTHALMOS IND. COM. DE PRODS. FARM. LTDA.; 65.817.900/0001-71 AGLON COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.

Pregão Eletrônico Nº 521/13. Processo Nº 1743/13. Data de Assinatura: 14/02/2014. Objeto: aquisição de medicamentos padronizados. Valor total estimado: R\$ 155.258,74 (cento e cinquenta e cinco mil, duzentos e cinquenta e oito reais e setenta e quatro centavos). Validade: 12 (doze) meses. Empresas Classificadas: 07.752.236/0001-23 MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PROD. MED.; 08.725.154/0001-52 WAN-MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 10.807.173/0001-70 MEDPOA COM. DE MAT. HOP. LTDA ME.; 11.018.062/0001-47 ADISUL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA.; 26.921.908/0001-21 HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR; 44.734.671/0001-51 CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.

CARLOS EDUARDO NERY PAES

Diretor Superintendente

GILBERTO BARCHELLO

Diretor Adm. e Financeiro

PAULO RICARDO BOBEK

Diretor Técnico

**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE****EXTRATOS DE DOAÇÃO**

Espécie: TERMO DE DOAÇÃO Nº 375/2014. Doador: Ministério da Saúde, CNPJ/MF sob Nº 00.394.544/0008-51.

Donatário: Prefeitura Municipal de Direcu Arcoverde/PI. CNPJ/MF: 07.102.106/0001-45. Objeto: Doação de 01 Veículo Bag Aet e equipamentos, com encargos, no valor total de R\$ 156.171,68, visando à implantação e/ou implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU 192. Processo Nº 25000.165753/2011-51. Signatários: Carlos Gomes de Oliveira, pela Prefeitura Municipal de Direcu Arcoverde/PI e Fausto Pereira dos Santos, pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. Data de Assinatura: 23/07/2014.

Espécie: TERMO DE DOAÇÃO Nº 445/2014

Doador: Ministério da Saúde, CNPJ/MF sob Nº 00.394.544/0008-51.

Donatário: Prefeitura Municipal de Nova Olinda/PB, CNPJ/MF: 08.889.297/0001-08. Objeto: Doação de 01 Veículo Bag 4x4, com encargos, no valor de R\$ 149.000,00, visando à implantação e/ou implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU 192. Processo Nº 25000.165753/2011-51. Signatários: Maria do Carmo Silva, pela Prefeitura Municipal de Nova Olinda/PB, e Fausto Pereira dos Santos, pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. Data de Assinatura: 25/06/2014.

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA****EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS**

Espécie: Ata de Registro de Preços objetivando a aquisição de material médico hospitalar para este INC. Desoneração do Registro: Ata Nº 129/2014, PARTNERS COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA, nos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, perfazendo o total de R\$680.791,00 (Seiscentos e oitenta mil setecentos e noventa e um reais). Vigência: 17/07/2014 a 16/07/2015. Data de Assinatura: 17/07/2014; Modalidade: Pregão Eletrônico Nº - 59/2014. Processo Nº - 33409.004635/2012-94. Total desta homologação R\$680.791,00 (Seiscentos e oitenta mil setecentos e noventa e um reais).

**EXTRATO DE TERMO DE COOPERAÇÃO  
TÉCNICO-CIENTÍFICO**

Processo Nº 33409-5738/2013-17 - Espécie: Termo de Cooperação Técnico-Científico celebrado entre a União representada pelo Instituto Nacional de Cardiologia, inscrito no CNPJ sob o nº 00.394.544/0213-44, sediado na Rua das Laranjeiras Nº 374 - Laranjeiras - Rio de Janeiro/RJ, CEP 22.240-006, doravante denominado INC e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, CNPJ sob o nº 03.681.070/0001-40, sediado na Avenida Governador Roberto da Silva Nº 2012 parte, Posse, Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro, CEP 26209-740, doravante denominado CISBAF.

Documento assinado digitalmente conforme MP Nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

## ANEXO II:

### PROJETO CARDIORREDES NA BAIXADA FLUMINENSE (PC)

PROJETO CARDIORREDES NA BAIXADA FLUMINENSE (PC)
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b>
<p>Os problemas cardiovasculares são a principal causa de morte por doença no Brasil, responsáveis anualmente por uma média de 300 mil óbitos. A dificuldade dos sistemas locais em criar relações horizontais entre os pontos focais de atenção, trabalhando numa trama que represente o ir e vir do usuário para atendimento de suas necessidades de saúde.</p> <p>As entradas pelas portas do sistema carecem de canais fluidos que transitem da Atenção básica para a terciária, da terciária para a secundária e assim por diante, em todas as disposições possíveis nessa relação transversal.</p> <p>Os Sistemas de governança existentes (institucional, gerencial e de financiamento) carecem de um modelo de atenção à saúde que organize o funcionamento de redes integradas, o que perpetua o modelo verticalizado de baixa resolutividade. A reestruturação da Atenção Básica por meio da intensificação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é ferramenta importante para enfrentamento do paradigma da verticalização do sistema. E uma vez devidamente implantada, deve se configurar como o centro da comunicação, ordenadora do cuidado, na rede de atenção primária.</p> <p>O desafio do sistema é o adequado dimensionamento de uma estrutura que dê respostas efetivas as mais diversas necessidades de saúde, processo ainda em curso na maioria dos municípios das diversas regiões do país em maior ou menor grau.</p> <p>Nessa linha, o projeto representa uma ponte entre os diversos níveis de atenção da rede, puxado pelo aspecto de referência mais complexa no componente da saúde cardiovascular, objetivando ser catalisador para a organização de Redes de Atenção Cardiovascular que venham a contribuir para a maior e melhor eficácia nas intervenções imediatas e mediatas, emergentes e urgentes, das ocorrências cardiológicas e vasculares.</p>
<b>COOPERAÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA NAS REDES REGIONAIS</b>
<p>Através da assinatura de Termos de Cooperação Técnico-Científico com consórcios regionais ou instituições jurídicas congêneres, visualizadas como potenciais aglutinadores de macrorregiões de saúde no estado, o INC estabelecerá com esses municípios apoio técnico-científico contribuindo e fomentando na estruturação de Redes Regionais de Atenção Cardiovascular, tendo como principal meta o enfrentamento conjunto do paradigma de baixa efetividade, da assistência aos agravos cardiovasculares, no pressuposto da busca de efetividade da assistência cardiovascular no “SUS Fluminense”.</p> <p>O INC é designado pela Portaria 210 - SAS/MS de 15 de junho de 2004, como o Centro de Referência em assistência cardiovascular de alta complexidade do Ministério da Saúde referência nacional e internacional na assistência cardiovascular de alta complexidade. Em suas competências, atualizadas pelo decreto 7797 de 30/08/2012 (anexo I, art. 22), além de relevante papel na assistência cardiológica direta, cabe participar da formulação das políticas públicas para a área, planejar e coordenar projetos e programas específicos, participar na formação e aperfeiçoamento de Recursos Humanos e desenvolver pesquisas voltadas à cardiologia, entre outros. Nos últimos 10 anos, tem dedicado grande empenho para cumprimento dessa missão institucional em todas as suas dimensões que englobam desde a participação em programas de prevenção até a coordenação de pesquisas de ponta.</p> <p>Como destaque, relacionamos alguns projetos do INC, em curso há diversos anos, como o projeto PREFERE (Programa de Prevenção à Febre Reumática), a Consultoria pelo MS em Cardiologia para a CNRAC e a participação como Centro Coordenador do Ensaio Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias (células-tronco).</p> <p>No campo específico da formação de pessoal conta com importantes programas de residência que já formaram na área médica mais de 500 profissionais em especialidades cardiológicas adultas e pediátricas, desde sua implantação. Conta ainda com residência em Enfermagem e Farmácia, estes últimos em convênio com universidades.</p> <p>Sua vocação para o ensino o levou a ser certificado como Hospital de Ensino com desenvolvimento de diversas atividades de atualização e capacitação profissional, tanto para o público interno como externo. Conta presentemente com diversos cursos organizados em convênios com universidades, FIOCRUZ e a FUNDACOR e incentivo, nesses convênios para a qualificação dos</p>

quadros internos em pós-graduações stricto sensu.

Com um corpo clínico, de reconhecido saber, qualificado e experiente, os profissionais de saúde do INC estão preparados potencialmente para distribuir por todo país, e mesmo fora dele através de convênios para cooperação técnico-científica, os conhecimentos e práticas adquiridos. Citamos o importante serviço prestado a Argélia, com envio de equipes multiprofissionais para auxiliar o país na Cirurgia Cardíaca Pediátrica com objetivo de transferência de tecnologia na alta complexidade cardiovascular nessa área.

Desta forma, é natural que venha a contribuir em cooperação técnico-científica para qualificação das linhas de cuidado cardiovascular a nível regional e nacional.

Originado de uma demanda da Baixada Fluminense instrumento escolhido para essa aproximação foi a assinatura de um Termo de Cooperação Técnico-científica não com um único município e sim com o conjunto de municípios que representam a macrorregião de saúde através de seu Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).

A intenção é que a integração proposta venha a dar respostas nos diversos aspectos epidemiológicos, logísticos e de custos para atendimento às necessidades e otimização da rede pública regional com sustentabilidade dos projetos que venham a ser desdobrados a partir dessa aproximação.

Em suma, o INC se propõe a cooperar para a qualificação das linhas de cuidado cardiológicas, na lógica de redes colaborativas com os municípios participantes e que tal cooperação possa vir a contribuir para a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde Cardiovascular e melhoria dos indicadores de morbidade e letalidade dos pacientes com agravos cardiovasculares no país.

#### OBJETIVOS

**Objetivo Geral :** Contribuir com a estruturação e desenvolvimento das redes locais de atenção à saúde cardiovascular no país.

**Objetivos Específicos:** Desenhar, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de saúde das regiões do país, linhas de cuidado em assistência cardiovascular na alta complexidade;

Definir protocolos de atenção aos agravos à saúde do coração;

Promover o desenvolvimento de competências através da capacitação e treinamento de recursos humanos envolvidos na assistência cardiovascular das redes de atenção à saúde cardiovascular das redes; Implantar projetos de telemedicina cardiológica nas redes participantes em conexão com o INC.

#### METODOLOGIA

A metodologia utilizada terá como base de ação o pensamento construtivista com permanente apropriação e comprometimento dos atores envolvidos qualificando todo o processo de funcionamento da rede e desenvolvimento do plano de trabalho.

Seguem abaixo as estratégias e modelos propostos para alcance dos objetivos do projeto:

Governança em Cogestão A implantação de um modelo de governança em cogestão está configurada por gestão colegiada representada, por exemplo, por Consórcios Intermunicipais, ou outras instituições congêneres, e pela constituição de Conselhos Gestores que contemplem em suas composições integrantes da rede, gestores do SUS e o INC.

O Conselho Gestor pode ser entendido como o Grupo de Condução Regional para implementação do projeto de acordo com o documento base “Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação”, DARA/SAS/MS de novembro de 2008.

Planejamento Estratégico Integrado (PEI)

Implica em que os objetivos estratégicos dos diversos integrantes do sistema sejam compartilhados por toda a rede.

O PEI se configura em um processo dinâmico, com possibilidades de mudanças e novas incorporações a qualquer momento de sua execução.

Deverá estar contemplada no PEI uma estrutura que suporte a construção da rede com todos os recursos e logística necessários, assim como, a valorização e qualificação permanente dos profissionais da rede.

O momento inicial desse processo é o de Articulação, Sensibilização e Pactuação de compromissos entre os envolvidos no projeto a ser conduzido pelo Conselho Gestor com a participação dos principais atores para efetivação das propostas em curso.

Cada etapa será tanto um momento técnico quanto político, onde os atores implicados se engajem no compromisso de redefinir e aperfeiçoar os sistemas locais de saúde.

A partir da definição do compromisso coletivo, representado pelo referendo ao termo de Cooperação técnico-científico nas instâncias colegiadas dos sistemas locais de saúde serão acordadas

oficinas de trabalho com utilização da metodologia da problematização para diagnóstico situacional da rede de atenção cardiovascular na região e construção coletiva de um planejamento integrado.

Participação e Controle Social (Gestão Participativa)

Deverá ser garantida a efetiva participação dos Conselhos Municipais de Saúde das cidades convenientes nos aspectos regimentais do SUS.

Contratualização: Poderão ser estabelecidos contratos de gestão a partir das metas pactuadas entre a instituição participante, o INC e outros atores do SUS visando o bom desempenho das atividades programadas com distribuição das atribuições que caberão a cada um dos partícipes.

#### **PLANO DE TRABALHO**

O Planejamento do projeto Redes Regionais de Atenção Cardiovascular se desdobrará em diversas fases, representativas dos momentos inerentes a um Planejamento Estratégico Situacional.

##### 1. Primeira fase – momento político

Estabelecimento do compromisso de cooperação técnico-científica entre o INC e Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).

##### 2. Segunda fase – momento estratégico

Estabelecimento de diagnóstico situacional da macrorregião de Saúde da Baixada Fluminense, representada pelos municípios consorciados ao CISBAF, com levantamento do mapa de rede, perfil de saúde cardiovascular da região e recursos físicos e de pessoal envolvidos.

##### 3. Terceira fase – momento normativo

Identificação das oportunidades de cooperação que se desdobrarão através de:

- a. Reuniões locais com gestores, unidades de saúde, etc.
- b. Organização de oficinas de trabalho
- c. Elaboração de projetos locais integrados
- d. Captação dos recursos demandantes

##### 4. Quarta fase – momento operacional

Desenhar, em parceria com o Grupo de Trabalho de Gestão Cardiovascular da macrorregião da Baixada Fluminense, as linhas de cuidado em assistência cardiovascular na alta complexidade;

Definir protocolos de atenção aos agravos à saúde do coração;

Promover o desenvolvimento de competências através da capacitação e treinamento de recursos humanos envolvidos na assistência cardiovascular das redes de atenção à saúde cardiovascular das redes;

Implantar serviços de telemedicina cardiológica na rede participante em conexão com o INC.

Estimular a pesquisa e fomentar projetos científicos e tecnológicos no âmbito da saúde cardiovascular.

Quinta fase – momento regulatório- Avaliação e controle das metas estabelecidas e elaboração de indicadores através dos resultados obtidos.

#### **PREVISÃO DE RECURSOS**

Orçamentários

A proposta orçamentária deverá ser elaborada com pactuação entre os atores participantes da rede e os investimentos necessários serão alocados fundo a fundo e por captação de recursos de terceiros.

Recursos Humanos

O projeto utilizará as equipes multiprofissionais do INC e das redes regionais constituídas.

Infraestrutura e logística

Identificados através das etapas de planejamento e execução do projeto

#### **INTERFACES COM ATORES DO SUS**

Ministério da Saúde

Secretarias Estaduais de Saúde

Secretarias Municipais de Saúde

Consórcios Intermunicipais de Saúde

Instituições Aglutinadoras de Macrorregiões de Saúde

FIOCRUZ

COSEMS

CONASEMS

CONASS

Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Instituto Nacional de Cardiologia está situado dentro desta cooperação técnico-científica com as Redes Regionais de Atenção à Saúde Cardiovascular, com a missão de colaborar com o desenvolvimento de políticas na área.

Cabe, portanto, ao INC experienciar a resolução de problemas e identificar entre seus parceiros das Redes de Atenção à Saúde Cardiovascular as competências, habilidades e atitudes que possibilitem o alcance de resultados efetivos para a saúde cardiovascular da população a serem monitorados, fiscalizados, regulados e avaliados.

Esse tipo de cooperação técnico-científica em Rede de Atenção deve sempre contar com estudos continuados e permanentes de identificação de demandas que necessitem de atenção diferenciada, a partir de critérios de escolha e protocolos de ação, a serem pactuados entre a Rede de Atenção e o INC, visando a melhor intervenção e resolutividade para cada caso, sendo fundamental a melhor definição de parâmetros e processos dimensionados de trabalho técnico-científico, a territorialização dos melhores potenciais, negociação e pactuação entre as partes das políticas prioritárias, ou seja, visar as melhores escolhas que possam oferecer maior probabilidade para a eficácia dos resultados esperados com a menor dispersão possível dos recursos disponibilizados.

**Fonte:** (INC, 2014a)

**ANEXO III:****TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA INC/CISBAF**

<b>TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA CIENTÍFICA INC/CISBAF</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b>
<p>A necessidade de uma ação conjunta integrada;</p> <p>A importância da implantação da Rede Regional de Atenção à Saúde Cardiovascular da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro em acordo com a Portaria 1169-GM/MS de 15 de junho de 2004;</p> <p>A inserção do INC na cooperação com as Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular em acordo com a Portaria 210- SAS/MS de 15 de junho de 2004;</p> <p>Que a formação e capacitação de recursos humanos constituem um dos pilares do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde;</p> <p>Que as atividades de desenvolvimento científico e tecnológico são fundamentais para a melhoria da assistência à saúde cardiovascular da população;</p>
<b>OBJETO</b>
<p>Constitui objeto do presente Termo o estabelecimento de um Programa de Cooperação Técnica, a ser executada pelos convenentes, para desenvolvimento de atividades nas áreas de planejamento de serviços e políticas públicas de saúde, capacitação de recursos humanos e treinamento de pessoal, realização de cursos de atualização, extensão e especialização em diferentes áreas da saúde, desenvolvimento de atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, tendo em vista a qualificação da Atenção à Saúde Cardiovascular nas cidades integrantes da Rede Regional de Atenção à Saúde Cardiovascular da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.</p>
<b>GESTÃO CONJUNTA</b>
<p>Para garantia dos interesses comuns dos convenentes, todas as atividades a serem desenvolvidas para execução dos programas mencionados serão coordenadas por um Conselho Gestor, com representação das duas partes.</p> <p>O Conselho Gestor será responsável pela definição dos programas anuais de trabalho e dos planos anuais de aplicação de recursos relativos a este Termo, bem como da resolução de problemas oriundos do desenvolvimento da parceria.</p>
<b>ATIVIDADES</b>
<p>O presente Termo, de caráter mais amplo, poderá gerar programas, projetos e atividades mais específicas de cooperação entre as duas entidades, que deverão ser pactuados através de Protocolos Específicos, onde estará explicitado o volume financeiro envolvido em cada programa, projeto ou atividade, sua origem, sua destinação e forma de gestão e aplicação dos recursos.</p>
<b>DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS: DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA-INC</b>
<p>Promover atividades de ensino, treinamento e pesquisas no âmbito da Rede Regional;</p> <p>a. Franquear aos profissionais de saúde, pesquisadores, professores e demais profissionais, previamente autorizados por escrito, e desde que envolvidos oficialmente em projetos e programas decorrentes do presente Termo, o acesso as instalações do INC que venham a ser especificadas;</p> <p>b. Assegurar condições adequadas para a realização das atividades acadêmico-assistenciais, executadas no INC decorrentes deste Termo, se estendendo aos seus diversos serviços e respectivos responsáveis;</p> <p>c. Desenvolver projetos científicos e tecnológicos do interesse das partes que qualifiquem a estruturação da Rede Regional viabilizando a atenção integral à saúde cardiovascular com foco nos procedimentos de promoção, proteção e recuperação da saúde;</p> <p>d. Possibilitar o pleno intercâmbio do conhecimento científico decorrente dos projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico gerado por meio desta cooperação técnico-científica;</p> <p>e. Garantir o acesso qualificado e regulado dos pacientes da Rede Regional com patologias cardiovasculares em alta complexidade, que necessitem avaliação e/ou acompanhamento neste centro de referência;</p>



- f. Organizar, implantar e dar sustentabilidade, em cooperação com a Rede Regional, programa de Telemedicina na área de atenção cardiovascular;
- g. Integrar o Conselho Gestor dos Projetos e Programas advindos deste Termo de cooperação visando o controle, avaliação e monitoramento dos indicadores produzidos.

#### **DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:**

Implantar um modelo de governança em cogestão através da criação do Conselho Gestor da Atenção à Saúde Cardiovascular da Rede Regional da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro;  
Implementar linhas de cuidado a partir das prioridades definidas pelos Projetos e Programas desenvolvidos em cooperação técnico-científica com o INC;  
Buscar formas de financiamento para execução e manutenção da rede integrada de atenção à saúde cardiovascular nas cidades integrantes da Rede;  
Desenvolver a infraestrutura e o suporte logístico da Rede que possibilite o pleno funcionamento dos programas elencados e executados por meio desta cooperação técnico-científica;  
Participar, em parceria com o INC, na formação e desenvolvimento de RH especializados em saúde cardiovascular;  
Garantir a participação do controle social na consecução das propostas encaminhadas através do Conselho Gestor da Rede;

#### **DO CONSELHO GESTOR DA REDE**

O Conselho Gestor da Rede, no âmbito da atuação deste Termo de Cooperação, deverá ser criado e composto pelos convenientes participantes, com composição equitativa entre as partes, devendo ser a coordenação exercida, de forma colegiada, pela Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro e pelo Diretor Geral do Instituto Nacional de Cardiologia - INC.

**Fonte:** (INC, 2014b)

## ANEXO IV:

### PROJETO CARDIORREDES: AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO (PA)

#### PROJETO CARDIORREDES: AMBULATÓRIO DE ANTICOAGULAÇÃO

##### CONTEXTUALIZAÇÃO

O Instituto Nacional de Cardiologia (INC) é o centro de referência em Alta Complexidade Cardiovascular do Ministério da Saúde, através da portaria 210/SAS/MS de 15 de junho de 2004, e na área de atenção à saúde caracteriza-se por ser, dentro do estado do Rio de Janeiro, o maior ofertante de procedimentos de alta complexidade cardiovascular, dentre estes, Cirurgias de Revascularização do Miocárdio e de Troca Valvar, Angioplastia Coronariana e Procedimentos Intervencionistas de correção de cardiopatias congênitas. Como destaque, é a única instituição no estado que realiza determinados procedimentos como transplantes cardíacos, implante de ventrículo artificial, cirurgia da fibrilação atrial por vídeo toracoscopia e implante de válvula aórtica percutânea. E ainda, se constitui no principal centro de referência para o Tratamento Invasivo das Doenças da Aorta.

O INC oferece ainda acompanhamento ambulatorial principalmente aos usuários que realizaram ou virão a realizar alguma intervenção dentro de suas linhas de atendimento. Dentre estes, temos o ambulatório de anticoagulação. O Ambulatório de Anticoagulação do INC realiza o acompanhamento para controle da coagulação de pacientes provenientes de diversos municípios do estado do Rio de Janeiro após receberem alta hospitalar na instituição.

A anticoagulação oral tem sido utilizada com uma frequência cada vez maior na prevenção de fenômenos tromboembólicos e em diversas situações clínicas, por se tratar de um recurso muito efetivo para reduzir complicações. As duas principais indicações de anticoagulação na área cardiológica são as valvulopatias e a fibrilação atrial.

Uma preocupação frequente é o risco aumentado para sangramento potencialmente fatal a que esses pacientes ficam sujeitos, pois valores altos do medicamento no sangue podem resultar em hemorragias e valores baixos em facilidade de formação de coágulos. Neste sentido, mecanismos que permitam um melhor controle desta anticoagulação reduzem bastante o número de complicações. Por outro lado, a utilização inadvertida uma dose inadequada pode gerar importantes complicações à saúde, levando inclusive a necessidade de novas internações e mesmo a morte.

Atualmente, o INC concentra em seu ambulatório de anticoagulação um total aproximado de 5400 pacientes provenientes de diversos pontos do estado. A cada semana o ambulatório recebe de 20 a 30 novos pacientes de 1ª vez originários em 80% das cirurgias realizadas e 20% dos casos de arritmias resultando em um ano em cerca de 1200 novos pacientes.

Ao receber alta médica do INC, o paciente com indicação de uso de medicamento anticoagulante é encaminhado para consulta no Ambulatório de Anticoagulação. Primeiramente, é realizado um exame de sangue para medir a coagulação sanguínea. Com esse resultado, é recebido por uma equipe composta, basicamente, por enfermeiros, técnicos de enfermagem e laboratório, médicos, e farmacêuticos. O próximo passo é a realização de uma avaliação clínica com o ajuste de dose e orientação sobre a importância do uso correto do medicamento. Ao final, recebem a medicação que farão uso até a próxima consulta. Todos os pacientes atendidos no Ambulatório possuem um cartão que são anotados o controle da anticoagulação realizado, um fator importante caso necessite de um atendimento em outro hospital, por exemplo.

Conforme é sabido o INC tem como característica o atendimento de alta complexidade. O desfecho dos casos, no entanto, que vem a resultar em última instância no êxito dos procedimentos realizados, está vinculado, muitas vezes, ao simples acompanhamento realizado por outros profissionais de saúde e que muitas vezes não exigem alta tecnologia, ou seja, se constituem em procedimentos de baixa complexidade. Neste contexto podemos incluir o acompanhamento do tempo de coagulação. Atualmente o ambulatório de anticoagulação do INC tem absorvido toda esta demanda do Instituto gerando um crescimento exponencial desta população, sem pontos para escoamento. Outro fator bastante significativo é a dificuldade de deslocamento dos pacientes de sua origem para o INC, seja por problemas de origem financeira ou trabalhistas.

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços assume dimensões complexas. Por esta razão tem entre fundamentos os seguintes pressupostos: redistribuição de poder, redefinição de papéis, reorganização institucional, reformulação de práticas, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões, entre outros.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense – CISBAF, constituído no ano de 2000,

é formado por 11 municípios da região, inclusive o município de Duque de Caxias, com objetivo de estabelecer intervenções através de uma gestão democrática com formulação de soluções integradas através da elaboração de projetos regionais. Dentre estes, o compromisso de atendimento a necessidade de assistência em cardiologia da população da Baixada Fluminense na inclusão da Política Nacional de Atenção à Saúde Cardiovascular de Alta Complexidade de acordo com a Portaria 1169- GM/MS de 15 de junho de 2004.

Em 22 julho de 2014, foi celebrado acordo de cooperação publicado em DOU de 25/07/2014 entre o CISBAF e o INC, que trata do apoio em parceria para o desenvolvimento da rede de atenção à saúde cardiovascular nas regiões da Baixada Fluminense.

Cada região deverá, através de pactuação integrada, capitaneada pelo consórcio intermunicipal, estabelecer pólo (s), que farão a gestão e a assistência em rede, contando com o INC como instituição cooperada do MS no desenvolvimento técnico-científico-assistencial.

Com este pensamento o Instituto achou por bem a iniciativa de descentralizar o ambulatório de anticoagulação, sendo o primeiro parceiro o CISBAF - *CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO* e tendo como projeto piloto o Pólo de atendimento no município de Duque de Caxias, especificamente no Hospital Municipal Moacyr do Carmo que virá a garantir o atendimento aos seus munícipes e posteriormente aos munícipes do entorno previamente pactuados.

Este projeto trata dos termos e condições para a realização da Descentralização Ambulatório de Anticoagulação do INC, em resposta à solicitação do Senhor Diretor Geral do INC e está baseado no TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA-INC/SAS/MS E O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

#### **OBJETIVOS**

Descentralizar o atendimento realizado no INC do paciente anticoagulado proveniente da Baixada Fluminense em parceria com seus municípios de origem conforme o Termo de Cooperação INC/ CISBAF.

##### **Objetivos Específicos**

Implantar o Ambulatório de Anticoagulação no município Polo de Duque de Caxias (Hospital Municipal Moacyr do Carmo) proporcionando o acesso ao acompanhamento ambulatorial especializado, próximo a residência do usuário e reduzindo o tempo e o custo do deslocamento do mesmo;

Capacitar os profissionais das equipes multiprofissionais quanto aos conhecimentos e habilidades necessárias para as rotinas do atendimento deste ambulatório;

Estimular a produção do conhecimento técnico científico através do desenvolvimento das Competências Institucionais.

#### **RESPONSABILIDADES**

Fornecer insumos e medicamentos necessários ao acompanhamento aos usuários vinculados ao INC no período de 1 (um) ano;

Capacitar e treinar a equipe multiprofissional com foco inicial nas áreas médicas, de enfermagem e farmácia desdobrando-se, posteriormente, as demais áreas assistenciais envolvidas;

Disponibilizar a base de dados padronizada com o histórico clínico dos pacientes encaminhados;

Fornecer os protocolos de atendimento instituídos no INC para serem incorporados nos ambulatórios;

Encaminhar formalmente os pacientes com orientação prévia para o atendimento na cidade-polo por intermédio de documentação própria;

Garantir as atualizações do registro do controle de anticoagulação dos pacientes pactuados através das informações geridas dos relatórios periódicos do CISBAF/SMS.

Acompanhar e avaliar o cumprimento do projeto através da avaliação dos relatórios emitidos e visita técnicas ao(s) Pólo(s) vinculado(s) ao projeto.

Caberá ao CISBAF:

- Garantir o desenvolvimento e ampliação deste projeto visando o aumento progressivo de usuários beneficiados residentes na região da Baixada Fluminense;
- Captar recursos e promover investimentos regionais nas cidades inseridas conforme pactuação integrada deste projeto;
- Disponibilizar os Recursos Humanos, através de pactuação integrada visando garantir o atendimento nos polos constituídos;

- Emitir relatórios periódicos ao INC sobre o desenvolvimento e gerenciamento das cidades que integrarão a pactuação deste projeto, respeitando a listagem de pacientes encaminhados e a periodicidade trimestral.

Caberá a Cidade Pólo: SEMUS Duque de Caxias

- Disponibilizar a estrutura física para o atendimento aos pacientes compatível com o fluxo produtivo do atendimento de forma a garantir a manutenção da qualidade do atendimento prestado;
- Gerenciar a guarda, armazenamento, fornecimento de insumos e medicamentos de forma consolidada através de registros e distribuição;
- Emitir relatórios periódicos de consumo e produção respeitando a periodicidade trimestral que deverão ser encaminhados ao INC e ao CISBAF;
- Zelar pela qualidade e continuidade dos atendimentos de acordo com os protocolos operacionais padronizados pelo ambulatório de Anticoagulação e o Serviço de Farmácia;
- Emitir e validar os laudos por profissionais devidamente capacitados.

**Fonte:** (INC, 2014c)